# ENQUÊTE

SUR

# L'INSUFFISANCE OVARIENNE

D'ORIGINE POST-OPÉRATOIRE




# ENQUÊTE

SUR

# L'INSUFFISANCE OVARIENNE

## D'ORIGINE OPÉRATOIRE

# THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 juin 1908

PAR

**Marc BATTESTI**

Né à Azzana (Corse), le 13 décembre 1877



Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1908

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ............ DOYEN.
SARDA ................ ASSESSEUR.

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale | MM. GRASSET (✻). |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT (✻). |
| Thérapeutique et matière médicale | HAMELIN (✻). |
| Clinique médicale | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | MAIRET (✻). |
| Physique médicale | IMBERT. |
| Botanique et histoire naturelle médicales | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE (✻). |
| Clinique ophtalmologique | TRUC (✻). |
| Chimie médicale | VILLE. |
| Physiologie | HEDON. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Pathologie interne | DUCAMP. |
| Anatomie | GILIS. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | ESTOR. |
| Microbiologie | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique | BOSC. |
| Hygiène | BERTIN-SANS (H.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | RAUZIER. |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE, PUECH.

*Doyen honoraire :* M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

*Secrétaire honoraire :* M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards | VIRES, agrégé. |
| Pathologie externe | LAPEYRE, agrégé libre. |
| Clinique gynécologique | DE ROUVILLE, prof.-adj. |
| Accouchements | PUECH, profes.-adjoint. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU, agrégé. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET, agrégé libre. |
| Médecine opératoire | SOUBEYRAN, agrégé. |

## Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.
VIRES.
VEDEL.
JEANBRAU.
POUJOL.

MM. SOUBEYRAN.
GUERIN.
GAGNIERE.
GRYNFELTT (Ed.)
LAGRIFFOUL.

MM. LEENHARDT.
GAUSSEL.
RICHE.
CABANNES.
DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire.*

## Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*
DE ROUVILLE, *professeur.*

MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
RICHE, *agrégé.*

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

HILAIRE CONQUET

ET DE MON COUSIN

JEAN-ANTOINE-BRUNO CONQUET

A MA MÈRE

A MA TANTE

MADAME VEUVE CONQUET

*Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.*

A MES PARENTS

M. BATTESTI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.*

*Hommage de respectueuse reconnaissance.*

A MES AMIS

LE DOCTEUR CHARLES VELLUTINI

PHARMACIEN A PARIS

ET

JEAN RODDE

PHARMACIEN A MEXICO

M. BATTESTI.

# AVANT-PROPOS

Avant les travaux de Pasteur et de Lister, avant l'ère de l'antisepsie et de l'asepsie, les chirurgiens ne se risquaient aux opérations, qui semblent maintenant banales, qu'armés d'une science anatomique profonde et d'une habileté professionnelle vraiment remarquable.

Puis vinrent les premiers essais timides d'abord, et avec le succès de plus en plus audacieux. Tout a été osé et réalisé.

Il semble qu'aujourd'hui le véritable progrès consiste, non plus à donner encore et toujours du nouveau, mais à régler les techniques acquises déjà, à préciser le plus possible le pourquoi de chaque intervention, ses suites immédiates et éloignées. La chirurgie moderne se lave ainsi des reproches excessifs et rarement justifiés que lui adressèrent des esprits malveillants et chagrins.

Dans l'histoire de la chirurgie, comme dans toute science, il y a deux étapes, deux époques bien distinctes.

La première époque des grandes découvertes, des progrès prodigieux où l'homme est tellement grisé des succès obtenus qu'il va toujours de l'avant, les yeux fixés vers l'avenir entrevu. Dans la hâte d'atteindre aux cimes les plus élevées, dans la crainte aussi que le sorte de charme qui semble présider à ses travaux ne disparaisse, comme un joueur heureux qui veut profiter de sa veine, il n'ose s'arrêter, ni pour prendre un instant de répit, ni pour examiner la route parcourue.

La seconde, époque de codification, de rectification. moins

brillante, mais indispensable, est pourtant utile, car elle fixe définitivement les résultats acquis.

Ainsi donc, quand pour la première fois on put, sans dangers trop grands pour les malades, enlever des utérus saignants, fibromateux ou cancéreux, des annexes enflammées ou suppurantes, des ovaires scléreux douloureux ou kystiques, on fut émerveillé, et parmi les chirurgiens ce fut à qui trouverait le procédé le plus sûr, le plus rapide, pour mener à bien des interventions aussi redoutables. On ne s'occupait que du présent, et le présent était souriant, et les résultats immédiats semblaient parfaits.

L'éclat des communications de Brown-Séquard ; la théorie des sécrétions internes si séduisante, la connaissance des malades chez qui les opérations radicales les mieux conduites avaient paru rendre plutôt de mauvais services ; la possibilité d'opérations dites de complaisance ; la physiologie de chaque organe, mieux étudiée, et surtout les rapports des organes entre eux mieux connus, toutes ces raisons réunies conduisirent des observateurs éminents, Glaevecke, Jayle, Martin (de Berlin), entre autres, à étudier les troubles consécutifs à l'ablation des ovaires.

La question fut divisée, disséquée à ce point, qu'on démontra non seulement l'existence et l'importance d'une sécrétion interne des ovaires, mais aussi que cette activité réside surtout dans les corps jaunes. De là à l'opothérapie ovarienne il n'y avait qu'un pas, et ce pas fut vite franchi.

On proposa donc contre ces troubles post-opératoires : avant l'opération, des opérations d'économie ; après l'opération, un des produits divers provenant des glandes génitales.

Un grand nombre de chirurgiens, en France, on pourrait dire presque la majorité, n'acceptèrent jamais ces idées, au moins dans leur ensemble. Richelot, Delbet, Doléris, Pinard, Segond, etc., se sont nettement exprimés à ce sujet et à plusieurs reprises, dans un grand nombre de Congrès et de communications diverses. Tout récemment encore, Segond, à

Reims, au Congrès pour l'avancement des sciences, a démontré l'exagération des troubles post-opératoires et leur peu d'importance.

La question est loin d'être tranchée. Aussi M. le professeur Reynès, chirurgien des hôpitaux, qui nous a toujours témoigné une grande bienveillance, nous a-t-il engagé à faire l'étude critique de la question, en nous basant sur des observations nouvelles et sur l'opinion des Maîtres actuels de la chirurgie. Nous le remercions bien sincèrement de nous avoir inspiré le sujet de notre thèse inaugurale. C'est certainement à son autorité personnelle que nous devons les réponses des Maîtres connus que l'on trouvera dans notre travail.

Nous avons à remplir un devoir de gratitude et de reconnaissance envers les Maîtres de l'École de médecine et des hôpitaux qui, au cours de nos études, ont été particulièrement bienveillants pour nous.

Grâce à M. le docteur Imbert, professeur de clinique chirurgicale, nous avons pu réunir plus de vingt observations inédites et vraiment complètes. A plusieurs reprises nous n'avons pas craint de le déranger, et chaque fois nous avons emporté de ces trop courts instants une impression de bienveillance et de bonté qui ne s'effacera jamais de notre mémoire.

M. le docteur F. Arnaud, professeur de thérapeutique, fut particulièrement bon pour nous dans plusieurs circonstances. Pendant trois ans nous avons eu l'honneur de le voir de très près, chaque jour au lit du malade. Devant tant de bonté, si simple, nous avons été ému plus d'une fois. Nous tenons à lui exprimer ici toute notre reconnaissance et tout notre respect.

M. le professeur Queirel, directeur de l'Ecole de médecine, fut pour nous un Maitre remarquable. Nous le remercions sincèrement de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

M. le docteur Platon, professeur de gynécologie, fut plus qu'un Maître, un véritable ami qui chaque jour, pendant une année, mit à notre disposition et son enseignement précieux

et son service à la clinique. Simple étudiant, il nous a permis de faire sous sa direction des interventions qui ne nous auraient jamais été autorisées. Aussi saisissons-nous cette occasion pour lui témoigner toute notre reconnaissance.

M. le docteur Alzais, professeur d'anatomie pathologique, médecin des hôpitaux, fut toujours pour nous d'une grande amabilité, et nous n'oublierons jamais les soins éclairés qu'il nous donna au cours d'une fièvre typhoïde que nous eûmes alors que nous avions l'honneur d'être son interne en pharmacie.

M. le docteur Louge, chirurgien des hôpitaux, nous fit l'honneur, au début de nos études médicales, de nous accepter dans son service. Nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

Il nous reste maintenant à adresser nos remerciements les plus sincères et aussi les plus respectueux à tous les hommes éminents qui ont bien voulu répondre à notre appel.

Nous citons : MM. les professeurs Tédenat, Dumont, Tuffier, Vidal, Villard, Tavel et Dick, Bazy, Laugier, Legueu, Faure, Sabadini, Alessandri, Savariaud, Mounny.

Nous croyons devoir mentionner d'une façon toute particulière MM. les professeurs Lucas-Championnière, Jayle, Jacques Reverdin, Giordano (de Venise), qui nous ont adressé les réponses intéressantes et complètes que l'on trouvera plus loin.

Nous aurions voulu ce travail plus digne des hommes remarquables dont nous nous réclamons. Les circonstances particulières dans lesquelles nous avons travaillé ne nous ont pas permis de faire mieux. On verra, toutefois, par l'Index bibliographique, que nous nous sommes efforcé d'être aussi complet que possible.

Nos conclusions, résultat logique de notre enquête et de nos observations, vont un peu à l'encontre des idées que nous

professions au début de ce travail (1). Cela prouve la sincérité et la conscience avec lesquelles nous avons procédé.

Le plan de notre travail a été le suivant :

## PREMIÈRE PARTIE

### Chapitre I. — Sécrétions internes.

Historique. — Sécrétions internes. — Mode d'action des sécrétions internes. — Rapports des ovaires avec les autres glandes à sécrétions internes : glande thyroïde, thymus, hypophyse. — Phénomènes de corrélation et de suppléance.

### Chapitre II. — Insuffisance ovarienne. — Définition. Pathogénie. — Étiologie.

Diverses variétés d'insuffisance. — Insuffisance ovarienne d'origine opératoire. — Opérations conservatrices. — Traitement.

### Chapitre III. — Critique de l'insuffisance ovarienne d'origine opératoire et des moyens proposés pour la combattre.

## DEUXIÈME PARTIE

### Chapitre I. — Notre enquête.

Questionnaire envoyé. — Réponses reçues. — Résultats de l'enquête.

### Chapitre II. — Nos observations (avec commentaires).

## TROISIÈME PARTIE

### Résultats d'ensemble

Conclusions.

Bibliographie.

---

(1) Battesti et Barraja. — Communications sur les ferments solubles du rein (Société de biologie, *Marseille médical*, nº 20, 1903).

# ENQUÊTE

SUR

# L'INSUFFISANCE OVARIENNE

## D'ORIGINE OPÉRATOIRE

---

# PREMIÈRE PARTIE

## CHAPITRE PREMIER

### SÉCRÉTIONS INTERNES

Historique. — Sécrétions internes. — Mode d'action des sécrétions. — Rapports des ovaires avec les autres glandes à sécrétion interne : glande thyroïde, thymus, hypophyses. — Phénomènes de corrélation et de suppléance.

Historique. — L'histoire des sécrétions internes de l'ovaire a été traitée bien des fois plus longuement et avec plus d'autorité qu'elle ne le sera par nous-même.

Nous avons pensé qu'il était pourtant nécessaire d'en retracer rapidement et les principales phases et les faits les plus saillants. Voulant présenter le plus clairement la

question que nous nous sommes tracée, cette étude préliminaire nous permettra de mieux saisir ce qu'on a appelé « l'insuffisance ovarienne » et nous fera mieux apprécier les troubles décrits dans la ménopause artificielle post-opératoire.

Sans nous arrêter aux pratiques séculaires des hommes qui faisaient de l'opothérapie à leur façon, en mangeant du mou de veau dans les maladies de poitrine, des ragoûts de crêtes et de testicules de coqs dans l'impuissance, en buvant du sang dans l'anémie profonde, nous arriverons aussitôt à la période scientifique proprement dite de la théorie des sécrétions internes qui est toute moderne. Deux noms la dominent toute entière : Claude Bernard et Brown-Séquard. Deux faits fondamentaux la résument.

Claude Bernard (1) le premier a conçu l'existence possible des sécrétions internes.

« La cellule sécrétoire attire, créée et élabore en elle-même le produit de sécrétion qu'elle verse, soit au dehors sur les surfaces muqueuses, soit directement dans la masse du sang. Nous avons appelé *sécrétions externes* celles qui s'écoulent au dehors et *sécrétions internes* celles qui sont versées dans le milieu organique intérieur. »

Brown-Séquard, par de retentissantes communications à la Société de biologie et dans les Archives de physiologie, a vulgarisé les sécrétions internes et les a fait sortir du domaine de la physiologie pure et du laboratoire, pour les faire entrer dans la médecine et la clinique. Il créa la méthode séquardienne : panacée universelle qui devait empêcher l'homme de vieillir et de mieux résister aux

---

(1) Rapport sur le progrès et la marche de la physiologie en France (Paris, 1867).

atteintes du mal et du temps. Il reconnaît aux sécrétions internes une action élective sur le système *nerveux* et sur la moelle épinière.

« Il est clair qu'il faut admettre que l'injection sous-cutanée d'un liquide retiré du testicule parfaitement frais d'un cobaye, d'un chien, d'un lapin ou d'un mouton, chez un homme ou une femme débilités par la maladie ou par la sénilité, agit souvent en augmentant notablement la puissance d'action du système nerveux et surtout de la moelle épinière. Il est clair aussi qu'il s'agit là d'une augmentation de force, d'une *dynamogénie* et non d'un effet d'une excitation, c'est-à-dire une mise en jeu de puissance. » Cette explication, qui devait servir de base scientifique à l'opothérapie, ne résista pas à l'épreuve du temps, et il faut surtout retenir de Brown-Séquard l'importante conclusion thérapeutique qu'il donna avec d'Arsonval :

« Les manifestations morbides qui dépendent chez l'homme de la réaction interne *d'un des organes doivent être combattues* par des injections d'extraits liquides retirées de cet organe pris chez un animal en bonne santé. »

Brown-Séquard reconnaît à l'ovaire, qui nous occupe plus spécialement, les mêmes propriétés qu'aux testicules ; mais ces propriétés dynamogéniques seraient atténuées, et en somme la médication ovarienne doit peu à Brown-Séquard. M^me^ Augusta Brown, citée par Brown-Séquard, emploie le suc ovarique chez des vieilles femmes en applications externes sur des utérus prolabés, dans l'hystérie, l'insomnie. Suzor y a recours dans les formes nerveuses de la lèpre. Brainerd dans l'hémiplégie, la sciatique, le rhumatisme articulaire. Goizet Uspensky (1)

---

(1) Cités par Brown-Séquard et Jayle dans « Opothérapie ovarienne. »

dans la tuberculose pulmonaire. Toutes ces tentatives partant d'un principe faux devaient fatalement tomber dans l'oubli, et les auteurs qui continuèrent l'œuvre de Brown-Séquard, en lui donnant une autre direction, la sauvèrent totalement.

En 1895, Régis (de Bordeaux), dans trois cas de folies consécutives a des ovario-salpingectomies, pratiqua avec Louneau, dans un but curateur, des injections sous-cutanées de suc ovarien. Le résultat fut satisfaisant à ce point que Régis put écrire : les sucs ovariens ont déterminé physiquement et psychiquement des résultats relativement très favorables. Vinrent ensuite une foule de travaux qui directement ou indirectement établirent la sécrétion interne des ovaires et son importance.

Jayle, dès 1896, dans une série de travaux importants et aussi dans des thèses qu'il a inspirées (voir notre Index bibliographique), établit la sécrétion interne des ovaires de différentes façons : 1° en étudiant soigneusement les troubles qui ne manquent jamais, d'après cet auteur, après l'ablation des ovaires en pleine activité génitale. C'est lui qui a créé le syndrome d'insuffisance ovarienne que nous étudierons complètement dans le chapitre suivant : 2° en montrant tout le bénéfice qu'on retire de la médication ovarienne dans les cas d'insuffisance ; 3° en prouvant que la conservation de la glande, même après la suppression de la menstruation par l'hystérectomie, permettait d'éviter la majeure partie des troubles, de même qu'au cas de l'extirpation du corps thyroïde la conservation d'une partie de ce dernier évite l'apparition de myxœdèmes post-opératoires. Nous ne ferons que citer Jouin, Landau, Dalché (voir Index), qui ont fait de l'opothérapie ovarienne des études complètes, et nous finirons en signalant la manière toute neuve de concevoir l'activité ova-

réenne de Prenant (1). Pour cet auteur, le corps jaune est une véritable glande à sécrétion interne seule partie active de l'ovaire. Bellay, Le Breton, Keiffer, Dravet, Hugues Alamartine (2) sont du même avis. Enfin Fraenkel (3) a fait de l'opothérapie ovarienne avec un extrait tiré de ces seuls organes.

Sécrétions internes.— *Propriétés.*— Il faut reconnaître que les auteurs qui ont étudié le mieux cette fameuse sécrétion interne l'ont surtout prouvée indirectement par les désordres de l'organisme lorsqu'elle est absente. Cela se conçoit assez bien, et d'après nous à l'heure actuelle, bien qu'on ne puisse, comme quelques-uns le pensent, démontrer d'une façon évidente pour tous la sécrétion interne des ovaires, il faut pourtant l'admettre en théorie et même en tenir compte en pratique.

Il ressort de tous les travaux que cette importante et intéressante question de biologie a suscités, qu'on peut considérer la sécrétion interne des ovaires comme quelque chose d'indispensable à l'organisme féminin, au moins dans *la période de formation et d'activité génitale*, pour le bon équilibre physique et moral.

Nous comprendrons d'autant mieux sa valeur, en étudiant les propriétés générales des ovaires, ses relations avec les autres glandes à sécrétion interne, des phénomènes nouveaux de corrélation et de suppléance.

*Propriétés reconnues à l'ovaire.* — Nous ne parlerons

---

(1) La valeur morphologique du corps jaune. Son activité physiologique. Thérapeutique possible, *in* Revue générale des sciences, p. 646, 648, 30 août 1898.

(2) La sécrétion interne de l'ovaire. Le corps jaune et la glande interstitielle (*Gaz. Hôp.*, n° 34, 1908).

(3) Fraenkel. — *Arch. für Gynaekologie*, 1903.

pas de la propriété que possède le tissu ovarien de former les ovules et de les garder jusqu'à complète maturité, mais nous insisterons davantage sur des notions plus récentes relevant directement du déversement par les ovaires de produits inconnus dans l'organisme. Ainsi deux enfants d'un an, deux ans, trois ans même, se ressemblent complètement qu'ils soient garçon ou fille. Vers la cinquième année au plus tard la différence s'accentue, s'affirme : chez la fillette, la taille tend à se cambrer, le bassin à s'élargir, les angles de tout le corps à s'arrondir. Elle est plus potelée, une gorge, une poitrine se dessinent déjà.

Toutes ces modifications somatiques seraient dues à la seule présence de tissu génital. Et cela est si vrai que chez les jeunes filles castrées il se crée un type neutre, tenant autant de l'homme que de la femme. Roberts (1) nous apprend que les jeunes filles de Bombay qui sont destinées à être eunuques, et de ce fait castrées jeunes, acquièrent des apparences masculines : elles deviennent des femmes étranges, aux hanches étriquées, aux fesses aplaties, au pubis dégarni de poils et aux organes génitaux externes complètement atrophiées.

*Ovaires et tissu osseux.* — Dans cet ordre d'idées on va même plus loin, puisque l'absence de tissu ovarien seule serait suffisante pour empêcher le complet développement de l'être (cas de Meige, infantilisme chez la femme. Iconographie de la Salpêtrière, 1895, p. 218-224.

D'où il découle une relation étroite, intime entre les ovaires et le tissu osseux, et cette relation est nettement

---

(1) Roberts. — L'expérience du 9 février 1843. Cité par Raciborski, *in* Traité de la menstruation, Paris, 1848 ; et Marthe Francillon, Thèse Paris, 1906.

affirmée, notamment par Loisel, Richard et Jeandelize (1) qui ont vu chez la jeune fille castrée et chez les animaux la tête devenir plus petite et prendre une forme particulière (dolichocéphalie), les membres inférieurs au contraire devenir plus grands.

*Ovaires et ostéomalacies.* — La pathogénie de l'ostéomalacie, ainsi que son traitement logique (ovariectomie), découle aussi de ces notions. L'ovaire, pour traduire le fait simplement, semble sécréter une substance avide de l'acide phosphorique de l'organisme.

Les os s'appauvrissent complètement en phosphates et perdent de leur solidité et deviennent malléables (bassin en baudruche de l'ostéomalacique). « Il semble que de l'ovaire part une excitation agissant par voie réflexe sur les nerfs vaso-dilatateurs des os pour amener l'hyperhémie passive, l'accumulation de l'acide carbonique et la résorption des sels de calcium (2). » Curatello et Tarelli, Mossé, ont essayé d'expliquer le fait par des expériences bien conduites de laboratoire. Ils sont malheureusement arrivés à des conclusions différentes.

*Ovaires, menstruation et utérus.* — Bien que Metchnikoff ait affirmé que la menstruation a été acquise par l'organisme féminin à une date relativement récente de l'évolution humaine, et que les premières femmes concevaient

---

(1) Loisel. — Les corrélations des caractères sexuels secondaires. (Revue de l'École d'anthropologie de Paris, 1903).

Richard et Jeandelize. — Remarque sur la tête osseuse des lapins adultes castrés dans le jeune âge (*Société de Biologie*, t. LVIII, p. 905, 30 juin).

(2) Francillon (M.). — *Loc. cit.*

sans être menstruées ; bien que l'on cite des jeunes filles devenues enceintes et accouchant sans jamais avoir été menstruées, il n'en demeure pas moins établi, et accepté par tout le monde, une relation parfaite entre le développement des ovaires et la bonne régularité des menstrues. Et cette relation est si capitale que les auteurs qui ont le mieux étudié l'insuffisance ovarienne affirment parfois la présence de cette insuffisance sur la seule irrégularité des règles.

Les exemples de Metchnikoff (1) nous indiquent que chez les Indiens Guatos, au Paraguay, les femmes se marient à 5 et 8 ans, de 7 à 9 ans chez les Vèdes de l'Inde, qu'en Nubie, selon Duchail, « les hommes achètent des filles et couchent avec elles bien avant l'apparition de la période menstruelle », et tant d'autres exemples pris chez les peuples encore primitifs ne prouvent rien. Ne prouvent rien non plus les cas cités où la menstruation a persisté malgré une ablation paraissant complète des ovaires. On peut admettre que les ovaires, par leur congestion au moment de la ponte ovulaire, favorisent l'écoulement du sang par la vulve, et que cet écoulement est en rapport direct avec les glandes génitales.

*Ovaires et utérus.* — L'ovaire et l'utérus sont tellement voisins, qu'il est facile de concevoir une action de l'un sur l'autre. C'est en effet ce qui semble résulter de l'observation de plusieurs auteurs. Morris (2), notamment, nous cite le cas d'une jeune femme de vingt ans non menstruée

(1) Metchnikoff (Elie). — Etudes sur la nature humaine (Paris, 1903).
(2) Morris (R.-T.). — *Med. Record*, 1895, p. 436, cité par Gley.

et chez qui il suffit, pour faire apparaître les règles, de greffer sur sa paroi utérine un morceau d'ovaire provenant d'une autre femme. Eckardt (1) nous cite le cas d'une jeune femme qui présenta après une ovariotomie une atrophie complète de sa muqueuse.

*Ovaires et thyroïde.* — Trois sortes de preuves nous serviront à établir le retentissement réciproque des glandes thyroïdes et ovariennes l'une sur l'autre : preuve de simple observation, expérimentation physiologique, observation clinique.

La congestion du corps thyroïde accompagne généralement la congestion des glandes mammaires ; cette congestion est nettement remarquée à la puberté, pendant l'état menstruel. L'augmentation du cou à la puberté, pendant les jours qui suivent le mariage, a été fréquemment décrite, et Malgaigne nous apprend le procédé employé par les matrones pour mesurer l'augmentation du cou des jeunes épousées soumises à leur examen. Cette hypertrophie thyroïdienne est tellement manifeste qu'elle est souvent le point de départ de goîtres chirurgicaux, de goîtres exophtalmiques.

L'observation clinique nous montre un retard, une absence même des règles et un arrêt complet de développement de l'organisme en général et des organes génitaux en particulier, ovaires surtout.

Landau a vu l'ovaire d'une fillette de sept ans pas plus gros que celui d'une enfant de deux ans. Expérimentalement Hofmeister (2) a observé sur des lapins thyroïdec-

---

(1) Eckardt. — Atrophie de l'utérus après l'ovariotomie (*Central. f. Gynaekol.*, 25 juillet 1896).

(2) Hofmeister. — Zur Physiologie der schilddrüse Fortschritte der Medizin, Band V, n° 3.

tomisés une hypertrophie folliculaire des ovaires. Constatation importante qui permet d'affirmer que les ovaires ne s'étaient hypertrophiés que pour suppléer à l'absence de thyroïde. De ce fait la suppléance, la corrélation entre ces deux glandes peuvent être envisagées logiquement. Nous verrons dans l'insuffisance ovarienne d'origine opératoire le rôle efficace qu'elle semble jouer.

*Ovaires et glandes mammaires.* — Nous signalons aussi les rapports qui existent entre les ovaires et les glandes mammaires. Il est d'observation courante de noter l'augmentation et la congestion des seins au moment de la puberté, non seulement de la masse adipeuse, mais surtout de la partie glandulaire. Cette même congestion s'observe chaque mois au moment des règles et atteint son maximum à l'occasion d'une grossesse.

*Ovaires, thymus et hypophyse.*— Calzolari (1), Blondel notamment, ont montré une certaine analogie entre les sécrétions thymiques et ovariennes. De même P. Marie, Klebs, Haskowec (2) ont montré des relations entre l'altération de l'hypophyse (acromégalie) et des désordres génitaux particuliers. Nous n'insisterons pas davantage sur ces faits très intéressants mais n'ayant qu'un rapport éloigné avec notre sujet.

---

(1) Calzolari. — Recherches expérimentales sur un rapport probable entre la fonction du thymus et celle des testicules (*Arch. ital. de biologie*, t. XXX, 1898, p. 77).

(2) Haskowec. — Ueber die Einwerkung des Schilddrüsensaftes auf den Kreislauf (*Wien. med. Blätter*, 1896).

# CHAPITRE II

## INSUFFISANCE OVARIENNE

Définition. — Pathogénie. — Etiologie. — Diverses variétés d'insuffisance. — Insuffisance ovarienne d'origine opératoire. — Prophylaxie. — Opérations conservatrices. — Traitement.

Insuffisance ovarienne en général. — Définition et pathogénie. — La sécrétion interne des ovaires admise, sa valeur et les rapports importants de ces glandes avec les autres glandes démontrée devaient faire rechercher fatalement tous les troubles vrais ou exagérés de l'organisme lorsque cette sécrétion est troublée ou absente.

« Le nom d'insuffisance ovarienne peut être donné à un ensemble de troubles déterminés par l'hypofonction de la glande ovarienne considérée au seul titre de *glande à sécrétion interne*. Ces troubles sont plus ou moins connus et la plupart sont traités par des méthodes thérapeutiques variées, le plus souvent actives, mais non toujours efficaces, parfois mauvaises (1). » L'hypofonction

(1) Jayle. — Insuffisance ovarienne.

ovarienne est observée aux diverses phases de la vie génitale.

Cette jeune fille pâle, améniée, non encore menstruée ou mal menstruée, si délicate encore, presque une enfant, avec beaucoup d'autres misères, doit posséder certainement des ovaires insuffisants. Cette autre jeune femme, naguère l'image de la vie insouciante et gaie, devient tous les jours un peu plus inquiète : des idées noires la hantent, elle a peur de mourir, elle a en outre des métrorragies abondantes qui l'épuisent et l'obligent à une immobilité déprimante ; ici encore des ovaires en hypofonction sont souvent seuls cause de tout ce sombre tableau. Insuffisante aussi au point de vue de ses ovaires, cette femme que guette la ménopause et qui se croit sous le coup des calamités les plus effroyables. Avec les auteurs, nous rangerons tous les troubles de l'insuffisance ovarienne sous deux chefs principaux : troubles de la menstruation, troubles vaso-moteurs et nerveux.

*Troubles de la menstruation.* — Ces troubles apparaissent parfois dès les premières règles, parfois d'une façon plus tardive, à la suite d'une infection par le gonocoque ou le streptocoque après des couches septiques. Dans le 1er cas les jeunes filles sont réglées tard, 17 ans, 18 ans et même 20 ans, ou bien, si les règles sont venues vers l'âge habituel, elles sont peu abondantes, à sang rouge clair, précédées ou suivies de pertes leucorréiques, accompagnées de douleurs exagérées.

L'époque menstruelle est une véritable maladie qui oblige ces jeunes filles à garder le lit.

La pathogénie de ces troubles doit être recherchée dans les ovaires insuffisants, incapables de remplir le travail

qui leur incombe dans le complet épanouissement et la belle harmonie de l'être.

C'est dans ces cas que, d'après Jayle, Landau, Dalché, etc., l'opothérapie ovarienne, traitement pathogénique allié à des prescriptions d'une saine hygiène, fait de véritables miracles.

Pour les troubles succédant à un état puerpéral infectieux, la question est plus complexe; la seule insuffisance ovarienne ne peut expliquer à la fois des règles irrégulières, des pertes abondantes, un état général devenant chaque jour plus lamentable, si l'on se borne à la simple expectation.

Nous avons affaire ici à une lésion anatomique, l'opothérapie ne suffit plus ; d'après même ses plus fervents adeptes, il faut se résoudre à opérer pour les uns économiquement, pour les autres radicalement, c'est en somme là le *point en litige, la question à élucider.*

*Troubles vaso-moteurs et nerveux.* — 1° Les bouffées de chaleur faciles à constater, admises par tous. Ces bouffées de chaleur plus ou moins fréquentes sont, pour certaines malades très nerveuses, pénibles, et constituent rapidement un véritable supplice. Il faut noter qu'elles sont accompagnées de sueurs abondantes, souvent de palpitations, de vertiges ;

2° Une diminution de la mémoire ;

3° Des modifications dans le caractère et des signes de neurasthénie et d'asthénie neuro-musculaire.

Etiologie. — Le diagnostic d'insuffisance ovarienne a été fait en se basant sur les modifications des règles et sur l'apparition des signes d'insuffisance ovarienne. Il reste maintenant à établir la cause même de cette insuffi-

sance. Est-elle purement physiologique ? Est-elle sous la dépendance d'une lésion anatomique ?

L'examen méthodique, la palpation des organes génitaux externes, internes, des annexes, servira à faire connaître l'état de ces organes et sera de ce fait d'un grand secours. L'épreuve thérapeutique par les préparations tirées de l'ovaire, si elle est suivie de succès, indiquera que l'on est en présence d'une insuffisance purement physiologique. Dans le cas contraire, et si l'on a constaté des ovaires douloureux, scléreux, etc., la cause est anatomique ; la guérison ne sera complète qu'après une intervention chirurgicale.

Variétés d'insuffisance. — Les considérations précédentes nous permettent de distinguer des insuffisances primitives et des insuffisances secondaires. L'insuffisance primitive nous intéressant moins, nous mentionnerons parmi les secondes : 1° les insuffisances d'origine ovarienne ; 2° les insuffisances d'origine utérine ; 3° les insuffisances succédant à un acte chirurgical portant sur la zone génitale.

*Insuffisance ovarienne d'origine opératoire.* — Les deux premières insuffisances, nous les avons déjà effleurées, nous n'en parlerons pas davantage, elles nous éloigneraient trop de notre sujet. Nous nous étendrons un peu plus longuement sur la troisième : l'insuffisance d'origine opératoire.

Cette question fut surtout bien étudiée par Jayle en France, Glaevecke et Chroback en Allemagne. Avant eux Spencer Wells (1) s'éleva avec une grande énergie

(1) *Archives de chirurgie et de gynécologie*, t. XXXVI, p. 346-410.

contre ce qu'il a appelé une véritable oophorectomie épidémique. « Les chirurgiens, disait-il, enlèvent les ovaires des femmes avec autant d'impunité que les bouchers ceux des truies. » Pozzy, Poulet, Doléris, Laroyenne en France, Polk, P. Dadly en Amérique, protestèrent contre la trop grande fréquence des opérations radicales, facilitées par l'antisepsie et l'asepsie, et les belles opérations de Péan-Segond, Lawson Tait, surtout avec les perfections qu'y apportèrent Doyen, Delagenière, Richelot. Ces chirurgiens déploraient particulièrement le sacrifice définitif des organes génitaux qui laissait des femmes mutilées, inférieures au physique et au moral, incapables désormais de remplir le rôle qui leur est dévolu.

Debove, Mathieu, accusèrent les opérations radicales pour annexites et ovarites de créer de l'hystérie, des névroses les plus diverses. Le mérite de Jayle, Glaevecke, des auteurs qui suivirent la même voie, fut de rattacher à l'absence de sécrétions internes des ovaires les troubles qu'ils notèrent chez leurs ovariotomisées. Pour eux, la grande majorité des femmes opérées en pleine activité génitale accuse des troubles nouveaux après l'opération : troubles vaso-moteurs et nerveux dus seulement à l'établissement d'une ménopause artificielle et brusque ; ces troubles atteindraient parfois un tel degré d'acuité, que Chroback (1), avec sa grande autorité, a pu écrire : « Les nombreux malaises dont se plaignent la plupart des femmes à qui j'ai enlevé les ovaires, m'ont de tous temps gâté la joie de les avoir opérées. »

Etudions avec ces auteurs le syndrome d'insuffisance ovarienne dans tous ses détails.

---

(1) R. Chroback. — *Ueber Einverleibung von Eierstocksgewebe* (*Centralbl. f. Gyn.*, 1896, n° 20, mai, p. 521).

Dans l'ensemble, Jayle, se basant sur 76 cas observés et suivis régulièrement pendant quatre années consécutives, considère ces troubles constants. Ils varient seulement d'intensité selon que la castration a été ovarienne, utéro-ovarienne ou simplement utérine. Albert Martin (1) affirme que, dans presque tous les cas d'ablation bilatérale des annexes et de l'utérus, quelles que soient leurs lésions, on constate des troubles généraux : bouffées de chaleur, phénomènes congestifs, dyspepsie ; des troubles psychiques, de la bizarrerie de caractère en particulier. Glaevecke conclut : 1° que dans 86 °/₀ des cas, la ménopause survient après la castration. Les bouffées de chaleur n'ont manqué que 1 fois sur 11 cas, les modifications psychiques ont été signalées 22 fois sur 33 cas. Martin, (de Berlin), étudiant à son tour les complications tardives de l'ovariotomie, signale notamment : la distension de la cicatrice, une hernie secondaire et des troubles résultant du défaut de sécrétion interne. 11 fois sur 31 cas, il les a observés d'une façon indiscutable.

*Bouffées de chaleur.* — La bouffée de chaleur va de la simple rougeur apparaissant de loin en loin à la rougeur plus intense, aux grosses bouffées se succédant rapidement sans intervalles entre elles, ne laissant aux pauvres femmes aucun instant de répit, ni le jour, ni la nuit. Elles sont alors accompagnées de sueurs subites, de chaleur qui obligent ces femmes à se dévêtir, à chercher quelque soulagement dans les ablutions d'eau froide.

---

(1) *In* thèse de Lissac (Paris).

Il faut ajouter l'oppression, les palpitations un état fébrile qui les surexcite constamment.

*Modifications du caractère.* — Le caractère subit des modifications importantes, une tendance à la mélancolie que rien ne peut dissiper. Jayle, sur 31 femmes castrées par laparotomie, a trouvé 11 femmes identiques à elles-mêmes, 19 dont le caractère s'était modifié et présentant des troubles divers. Sur 18 femmes hystérectomisées, 9 n'ont éprouvé aucun changement, 7 ont éprouvé des modifications.

Glaevecke (1), dans un tiers des cas, a noté de la dépression mentale, même de la folie, dues pourtant plus au traumatisme opératoire qu'à la castration elle-même.

Il nous faut retenir cette dernière considération qui nous expliquera les cas de manies inguérissables, de folies signalées, et bien qu'attribués à l'ovariotomie relèvent plutôt du traumatisme opératoire, des antécédents morbides des malades (2).

*Mémoire.* - La mémoire est atteinte, diminuée souvent, surtout dans les jours qui suivent l'opération. Les faits les plus récents sont oubliés. Sur 45 cas, Jayle a signalé une perte de la mémoire dans 29 cas.

*Troubles de nutrition.* — Embonpoint, dyspepsie, vieillesse précoce les résument. Les tissus s'infiltrent de graisse, les femmes acquièrent vite un double et même

---

(1) Glaevecke. — *Arch. für Gyn.*, 1887, Bd XIV.

(2) E. Mazin.— De la folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système génital de la femme (Thèse Lille, 1895).

un triple menton. La constatation d'une maturité si redoutée et si précoce attriste bien des femmes et leur fait regretter d'avoir subi cette opération.

Ces troubles, nous dit Grammatikati, sont le résultat d'une modification profonde de la nutrition telle qu'elle se produit dans la vieillesse, troubles vaso-moteurs, obésité par défaut d'oxydation. Pas plus que dans l'âge avancé cette obésité n'est un signe de santé florissante, comme on a tendance à le dire. D'une façon générale, dit Martin, nos malades ont présenté un embonpoint parfois considérable et qui pour beaucoup n'est pas le moindre de leur souci. Jayle a trouvé sur 27 femmes opérées par laparotomie, 8 qui ont présenté un embonpoint notable ; parmi ces malades une avait doublé de poids et l'autre dépassé 100 kilos.

*Modifications du sens génital.* — Sur cette intéressante et délicate question, Jayle nous a donné deux statistiques établies en portant l'interrogatoire sur les désirs et les plaisirs de l'acte. Sur 27 opérées, chez 12 les désirs ne sont pas modifiés, ils sont abolis chez 5, diminués chez 4, plus vifs chez 6.

Le plaisir est resté le même chez 11 opérées, a disparu chez 3, a diminué chez une, est devenu plus vif chez 5, chez les deux autres les rapports sont douloureux. En somme, il est difficile d'avoir des conclusions fermes ; nous-même, dans notre enquête et dans nos observations, nous n'avons pas été plus heureux.

PROPHYLAXIE. — *Opérations conservatrices.* — *Opothérapie.* — On a paré à tous ces méfaits : avant l'opération, en préconisant des opérations d'économie ; après l'opération, en instituant l'opothérapie ovarienne. Ce dernier

point a été déjà traité et sera revu. Les opérations conservatrices, tout en causant moins de dégâts, ont paru donner des résultats meilleurs. En Allemagne, Richard Mond, assistant du professeur Weitt, à Kiel, a écrit : « Les difficultés pour observer les effets de l'ovarine étaient considérables en ce sens que nous n'avions à soigner que des femmes chez qui la castration complète avait été faite depuis plusieurs années, puisque dans toutes les opérations pratiquées sur les annexes depuis quelques temps nous nous efforçons de laisser des parcelles d'ovaire. »

Ces opérations se divisent en deux classes : l'ignipuncture et la résection partielle. C'est surtout sous l'influence de Martin (de Berlin), de Pozzi (1) et ses élèves, de Raguin (2) de Mattheï, de Polk, que les opérations conservatrices ont pris pied dans la thérapeutique ovarienne.

Citons enfin comme opérations conservatrices, la résection du sympathique sacré proposée par Jaboulay (3) et la dilatation ano-rectale préconisée par Poucet (4).

---

(1) Pozzi. — *Annales de gynécologie*, mars 1893. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, n° 1. — Delaunay, Thèse de Paris, 1893. — Donney, Thèse de Paris, 1895.

(2) Raguin. — Thèse de Paris, 1894.

(3) *Semaine médicale*, 18 janvier 1899.

(4) *Semaine médicale*, 22 juin 1899.

## CHAPITRE III

### CRITIQUE DE L'INSUFFISANCE OVARIENNE D'ORIGINE OPÉRATOIRE ET DES MOYENS PROPOSÉS POUR LA COMBATTRE.

Autant que le permettait le cadre de cette étude, nous avons essayé de rapporter la plus grande partie des travaux qui ont établi l'existence des sécrétions internes en général et de l'ovaire en particulier, leur valeur lorsqu'elles sont supprimées brusquement et rapidement. Nous avons décrit avec quelques détails, d'après les chirurgiens qui ont le mieux étudié cette question, l'insuffisance ovarienne dans ses diverses modalités. On aura pu juger ainsi du grand nombre de travaux consciencieux que cette question a fait naître, et par cela même de l'importance de la question en litige. Importance si grande que E. Reynold (de Boston) (1) ne craignait pas de dire : « Mon opinion, c'est que la chirurgie conservatrice de l'ovaire est

(1) *Revue de chirurgie abdominale*, 1897, n° 3, p. 404-434.

la question palpitante de l'heure présente et que les progrès de l'avenir doivent tendre à sauver et à conserver de plus en plus le tissu ovarien tout entier. » Pourtant ces travaux si considérables furent loin d'entraîner à leur suite la majorité des chirurgiens. Un grand nombre et non des moins illustres, universellement respectés pour leur habileté et leur savoir, ont nié la plus grande partie des symptômes de la ménopause artificielle chirurgicale et n'eurent aucune confiance dans les opérations conservatrices qu'ils jugèrent plutôt comme très souvent inutiles, illusoires et parfois même dangereuses.

Richelot (1), de l'examen complet de plusieurs de ses malades chez qui il pratiqua l'hystérectomie vaginale avec ablation des ovaires, conclut que la fréquence et la gravité des troubles post-opératoires ont été fortement exagérées. Il a sans doute observé des bouffées de chaleur, quelques malaises, des maux de tête ; mais tous ces phénomènes n'offraient aucune gravité et les malades étaient bien guéries, bien portantes et contentes de leur sort. Ces troubles doivent être imputés à la ménopause et sont surtout fréquents chez les *neuro-arthritiques*. On néglige l'état antérieur et l'on attribue à la seule opération ce qui en réalité n'appartient qu'à l'état nerveux antérieur.

Routier (2) est nettement opposé à la résection partielle et à l'ignipuncture, son opinion est toute entière contenue dans le dilemme suivant : « ou les annexes sont assez malades pour justifier une ablation totale, ou elles ne le sont pas, et alors même la castration partielle n'est plus indiquée. »

---

(1) *In* Montana. — Thèse Paris, 1899.

(2) Routier. — *Bulletin et Mémoires Société de chirurgie*, 1891, t. XVII, p. 509.

La discussion qui eut lieu au 1er Congrès de gynécologie de Bonn (1891) est pour nous très intéressante puisqu'elle nous permet de prendre sur le vif les opinions de maîtres éminents tels que les Zweifel, Léopold Hegar, etc.

Zweifel nous apprend qu'il fut obligé une fois de faire une seconde laparotomie pour extirper le fragment d'ovaire qu'il avait laissé et qui était devenu scléro-kystique.

Hégar (de Fribourg) rejette les procédés conservateurs. Il cite un cas vraiment fâcheux où il avait extirpé un ovaire pour kyste prolifère et conservé l'autre ovaire qui, bien que suspect, semblait indemne. L'examen histologique démontra ultérieurement que l'on se trouvait non en présence d'une tumeur bénigne, mais d'un sarcome qui ne tarda pas à prendre l'ovaire laissé en place ; la tumeur devint si rapidement inopérable que la malade succomba. Léopold (de Dresde) cite aussi des cas désastreux et n'accorde aucun crédit aux procédés conservateurs.

Enfin, Laudau et Chroback, dans ce même Congrès, accusèrent la résection de la trompe d'être une cause de grossesse extra-utérine.

Pozzi (1) lui-même nous dit : Je crois qu'on a exagéré les troubles dits de ménopause artificielle par suppression de la fonction ovarienne. Bouilly (2) pense de même que l'on a exagéré beaucoup l'importance et la gravité des

---

(1) *Archives de gynécologie*, 1900, t. II, p. 458. Discussion à propos de la communication de Mauclair : Autogreffes sous-cutanées des ovaires après salpingo-ovariectomie.

(2) *Idem*, même séance.

phénomènes post-opératoires, succédant aux ablations des annexes. « Sur un très grand nombre de cas, je n'ai vraiment jamais observé de phénomènes graves.

» Il y a lieu de tenir grand compte des troubles qui pouvaient exister avant l'opération : pour les phénomènes nerveux, pour la tendance à l'obésité ; il en est de même pour les psychoses post-opératoires.

» Il existe en général une prédisposition antérieure connue ou méconnue. Les accidents les plus ordinaires sont les bouffées de chaleur et les transpirations ; bon nombre de femmes ne s'en plaignent pas et n'attirent pas l'attention de ce côté.

» Les troubles de la neurasthénie ne surviennent guère que chez les femmes qui étaient touchées auparavant. » Et plus loin : « Je pense qu'il y a souvent plus d'inconvénient à garder qu'à enlever les ovaires dans nos hystérectomies. Le traitement de l'opothérapie m'a donné peu de résultats. »

Delbet (1) estime que les ennuis de la castration totale et de la ménopause artificielle ne sont pas tels qu'il faille conserver les ovaires pour peu qu'ils soient morbides. Enfin, P. Segond, avec l'autorité que lui donne son grand savoir et sa profonde expérience de la gynécologie, a fait à plusieurs reprises le procès de l'insuffisance ovarienne d'origine opératoire et des opérations conservatrices. D'abord, au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles, dans son rapport, nous trouvons : « Sans contester le moins du monde les quelques succès annoncés par les partisans des résections partielles, j'avoue que mes préférences pour l'hystérectomie

(1) *Société de chirurgie*, séance du 19 juillet 1905.

et les opérations radicales n'en sont aucunement atténuées. Je demeure en effet très convaincu que les avantages de cette prétendue chirurgie conservatrice sont plus apparents que réels, etc. Ensuite, à la Société de gynécologie de Bucharest, 1899, il accentue le peu de sympathie qu'il a pour les opérations conservatrices et il exprime sa pensée ainsi : « S'il est vrai qu'un utérus privé de ses ovaires ne vaut pas plus qu'un fusil sans cartouches, et, au point de vue physiologique, j'estime que cette boutade répond absolument à la vérité ; la réciproque n'est pas moins exacte. Je sais bien que pour défendre la conservation des ovaires en cas d'hystérectomie abdominale ou vaginale on invoque les vertus de leur mystérieuse sécrétion, mais la clinique le démontre, si l'on met en balance les avantages des susdites sécrétions avec la proportion *des opérations secondaires que nécessitent* les ovaires laissées en place, volontairement ou non, il n'y a pas, à mon avis, *d'hésitation ni de doute possibles*. Une bonne et solide guérison, conférée par l'ablation totale, vaut bien quelques bouffées de plus, et quand une femme est assez malade pour avoir besoin d'une hystérectomie, je ne comprends pas qu'on hésite à la guérir d'un coup, sans rien laisser qui la puisse exposer à la nécessité d'une nouvelle opération. »

Enfin tout récemment, au Congrès de Reims (1907) pour l'avancement des sciences, P. Segond a fait une importante communication (1) sur cette même question. Il borne son travail à l'étude des cas de fibromes qui exigent une hystérectomie.

---

(1) La conservation partielle ou totale des annexes dans l'hystérectomie abdominale et vaginale. Communication faite au Congrès de Reims pour l'avancement des sciences (1907).

Pour lui les opérateurs qui s'évertuent à laisser un ovaire ou un lambeau d'ovaire n'ont en général qu'un but : sauvegarder la fameuse sécrétion interne. Et cela parce qu'ils considèrent comme autant d'article de foi : 1° L'apparition constante des troubles les plus variés à la suite d'ovariotomies bilatérales ; 2° La toute-puissance de l'opothérapie ovarienne.

Or sa manière d'envisager les faits est toute différente. Après avoir étudié les perturbations incriminées, leur fréquence, les tentatives jusqu'ici peu fructueuses qui ont été faites pour étudier la question par l'expérimentation, et se basant sur vingt années d'expérience chirurgicale, il arrive à cette double conclusion que les bouffées de chaleur sont en fin de compte les seules perturbations qui surviennent après l'ablation des ovaires, et que ces bouffées de chaleur disparaissent seules avec le temps et une bonne hygiène sans le *secours mystérieux de la médication opothérapique*.

La suggestion est pour une grande part dans le succès qu'a paru donner souvent l'opothérapie. Seule la saignée réussit à faire disparaître les symptômes vraiment intolérables par leur intensité qui ont été observés dans quelques cas très rares.

La conservation est hors de propos. Pinard, Delbet et Doléris donnent des conclusions identiques. Doléris pense qu'il en est de même dans l'ablation de l'utérus douloureux infantile. Dans les hystérectomies pour cancer, inflammations ou néoplasies annexielles, l'indication d'enlever avec l'utérus la totalité des annexes s'impose non moins nettement et pour des raisons non moins évidentes.

Nous avons exposé de notre mieux les deux opinions qui tranchent d'une façon bien différente la question qui

nous occupe. Que conclure? Devant une divergence si complète, nous avons pensé qu'il y avait lieu de susciter de nouvelles opinions. Nous apportons comme faits nouveaux l'opinion de maîtres connus qui nous ont fait le très grand honneur de s'intéresser à notre travail, et vingt-deux observations inédites.

---

# DEUXIÈME PARTIE

## CHAPITRE PREMIER

### NOTRE ENQUÊTE

Questionnaire envoyé. — Réponses reçues. — Résultat de l'enquête.

Nous avouons volontiers le vif plaisir que nous ressentons à publier, dans notre thèse, les opinions que nous avons reçues des hommes remarquables qui ont été un jour nos correspondants. Nous considérons ces réponses comme le joyau précieux de notre thèse, et dans la crainte d'en ternir l'éclat, pieusement nous allions dire, nous nous bornerons à les transcrire.

Le questionnaire adressé était le suivant :

1° *Avez-vous souvent observé des troubles consécutifs à l'ablation des ovaires chez des sujets encore en activité génitale ?*

2° *Quelle serait, d'après vous, la fréquence de ces troubles ?*

3° *Ces troubles étaient-ils immédiats ? ou éloignés ?*

4° *En quoi ont-ils consisté : Bouffées de chaleur ? Diminution des forces ? Accès d'oppressions, palpitations ?*

5° **Troubles digestifs :** *Vomissements ?*

6° **Troubles psychiques :** *Irritabilité du caractère ? Cauchemars ? Délire ? Manie ? Folie génitale ? Névralgie ? Hystérie ? Convulsions ?*

7° **Activité génitale :** *Accrue, diminuée, stationnaire ?*

8° *Croyez-vous à l'efficacité spéciale de l'opothérapie ovarienne ?*

9° *Quelle forme avez-vous particulièrement employée : Capsules ovariques, ovarine, origénine, extrait de corps jaunes ?*

10° *Croyez-vous nécessaire, à cause de la sécrétion interne supposée, de conserver un fragment d'ovaire, dans les diverses opérations chirurgicales ?*

11° *Avez-vous observé quelques complications sur ces fragments d'ovaires conservés ?*

12° *Avez-vous publié quelque travail sur cette question ?*

## RÉPONSES REÇUES

### Première Réponse

(Professeur Lucas-Championnière, Paris)

Vous traiterez dans votre thèse une des questions les plus intéressantes que je connaisse.

Non seulement je ne crois pas que l'on ait exagéré l'importance des troubles de la ménopause chirurgicale artificielle, mais je crois

qu'on ne la connait pas assez, et, qu'en pratique, on n'en tient pas assez compte en ce qui concerne le pronostic des opérations. De là les déboires trop réels pour les pauvres femmes qui ont *accepté certaines opérations dites de complaisance.*

Les troubles consécutifs à l'ablation des ovaires chez des sujets encore en activité génitale sont absolument de la même famille que ceux de la ménopause vraie venant en son temps normal. *Mais ils sont infiniment plus intenses et plus persistants.*

Ils sont à la fois immédiats et éloignés. Les uns commencent très rapidement après les opérations. D'autres ne viennent qu'après plusieurs mois, surtout chez les femmes qui avaient des *lésions très graves.*

D'autres enfin reviennent infiniment plus tard, et, semble-t-il, surtout à l'époque tardive qui correspondrait à une ménopause normale.

Ils sont toujours plus violents chez les sujets qui avaient des ovaires bien *normaux au moment de l'opération.*

Ils sont plus violents chez les femmes accoutumées à subir des hémorragies *périodiques considérables.* Enfin, il est hors de doute, pour moi, qu'ils sont bien plus pénibles chez les femmes qui avec l'ovaire ont subi l'ablation de l'utérus. Les bouffées de chaleur, la diminution des forces, les accès d'oppression sont en effet des phénomènes très communs.

J'ai observé très souvent comme dans la ménopause vraie des sueurs brusques et abondantes donnant un symptôme très pénible et persistant.

Des démangeaisons aux parties génitales surtout, mais souvent généralisées à tout le corps et déterminant un véritable supplice.

J'ai vu également les troubles de digestion que vous signalez et plus rarement *les troubles psychiques.*

Mais les troubles nerveux très comparables aux troubles de l'hystérie sont choses communes ; et les douleurs névralgiques de la face, des seins ou du ventre peuvent prendre un *caractère insupportable.*

Ordinairement l'activité génitale n'est guère modifiée.

Toutefois j'ai vu que chez des femmes qui avaient été soustraites longtemps à l'acte sexuel, il y avait une réelle inaptitude à le subir.

J'ai vu le désir sexuel augmenté dans des cas très rares.

Mais j'ai vu aussi l'hyperesthésie vulvaire et vaginale rendre tous rapports absolument impossible. Ceci je l'ai observé plusieurs fois et j'ai constaté que le traitement modifiait très difficilement cette hyperesthésie.

De tous les traitements, celui qui m'a paru le plus efficace, c'est la perte de sang sous toutes ses formes.

Elle se produit quelquefois spontanément chez les sujets, et, tout en prenant la forme d'une hémorragie redoutable, donne un bien-être extraordinaire au sujet. J'ai vu souvent des malades très effrayées par une hémorragie utérine rectale ou même pulmonaire m'avouant que, si effrayées qu'elles fussent par la perte de sang, elles devaient convenir qu'elles n'avaient plus de symptômes fâcheux depuis cette perte.

J'ai souvent fait mettre pendant des mois et des années des sangsues aux cuisses, chaque mois, avec de très bons résultats.

Dans tous les cas graves j'ai pris l'habitude de faire faire une saignée, de 300 grammes au moins, dont les résultats sont bien plus satisfaisants et plus rapides.

Je combine d'ordinaire ce traitement avec l'opothérapie.

Cependant il y a des cas et des périodes pour lesquelles j'ai essayé l'opothérapie seule.

J'ai donné différentes préparations d'ovarine.

Ces préparations sont si variables et si rarement valables que ce traitement est fort irrégulier.

En employant l'ovarine de Lépinois sous la forme de capsules qui ne subissent pas d'élévation de température, j'ai eu de très bons résultats.

J'ai vu en particulier une jeune femme, mariée après l'ablation successive des deux ovaires kystiques et douloureux (le premier à l'âge de 18 ans, le deuxième à 20 ans). Celle-ci fut très soulagée par l'ovarine. Ce qui me fait penser qu'il ne s'agissait pas de suggestion, c'est qu'elle avait des sueurs d'une abondance extrême qui disparaissaient pendant tout le temps de l'administration de l'ovarine.

Mais j'estime que la perte de sang est absolument nécessaire pour donner un traitement satisfaisant même avec l'ovarine.

Je vous ferai remarquer à ce sujet que beaucoup de femmes accusent une perte de force, et qu'aussitôt après une saignée ces forces sont manifestement augmentées.

Je crois que la conservation d'un ovaire ou d'un fragment d'ovaire est mesure capitale, toutes les fois que l'utérus est conservé ; la fonction persiste alors intégralement. Lorsque l'utérus est enlevé comme dans l'hystérectomie totale pour fibromes, j'ai conservé un ou les deux ovaires sans trouver chez les sujets des différences très marquées avec ce que j'ai observé chez les femmes chez lesquelles j'ai enlevé les ovaires avec l'utérus.

Toutefois c'est là *une question très difficile à juger*.

Je n'ai pas observé d'accident proprement dit chez les femmes chez lesquelles j'ai systématiquement conservé tout ou fragment d'ovaire.

J'ai souvent donné mes opinions dans divers discours à la Société de chirurgie, dans mes leçons qui ont été publiées en différents journaux.

J'ai publié à la fin de l'année dernière, à propos d'un travail très curieux d'un chirurgien de New-York sur la greffe ovarienne, deux articles dans mon journal de médecine et de chirurgie pratiques (fin de 1906 et commencement de 1907).

## Deuxième Réponse

(Professeur Tédenat, Montpellier)

J'ai fait environ 600 ablations des deux ovaires pour annexites graves, fibromyomes, kystes papillaires bilatéraux, chez des femmes encore réglées au moment de l'opération.

Dans 3 cas seulement, j'ai observé quelques troubles consécutifs qui se sont produits dans les cinq ou six premiers mois.

Deux de ces malades, que je vois de temps en temps, étaient des hystériques avérées. Elles sont restées hystériques. La troisième a des troubles légers qui du reste diminueront progressivement.

Je crois que les troubles variés indiqués par divers auteurs tiennent surtout à ce qu'on a *opéré beaucoup de malades à lésions légères* et qui souffraient parce qu'elles étaient névropathes.

Quant à l'activité génitale, j'ai pu l'étudier chez une trentaine de malades intelligentes et comprenant l'intérêt de mes questions, sur

ce sujet délicat. Aucune n'a indiqué une augmentation véritable ; un assez grand nombre souffrant avant l'opération pendant ou après le coït, s'y sont livrées comme avant d'être malades. Chez un tiers environ, l'appétence sexuelle et le plaisir étaient diminués. Beaucoup m'ont dit : rien de changé.

Je n'ai jamais employé l'opothérapie ovarienne.

Vous trouverez quelques travaux intéressants dans « American Journal of obstetrica and gynecologie. » Un entre autres paru il y a 8 ou 10 ans et intitulé : « Spaying does not annex. » Il vaut la peine d'être lu.

## Troisième Réponse

(Professeur Imbert, Marseille)

1° Je n'ai jamais observé de troubles graves à la suite de la castration. Seule, une de mes malades a vu évoluer une rétinite double que son médecin spécialiste, le docteur Chavernac, aurait tendance à rattacher à l'hystérectomie, mais sans donner du reste de raison bien décisive.

2° Je ne suis pas partisan des interventions partielles et de la chirurgie conservatrice en ces matières. A conserver une partie d'organe on a l'avantage, assez illusoire à mon avis, d'échapper aux inconvénients de l'insuffisance ovarienne ; et l'inconvénient très réel de conserver un moignon douloureux qui m'a obligé à des interventions secondaires.

3° J'ai assez fréquemment enlevé des annexes relativement saines, en faisant de hystérectomies pour fibrome, cancer de l'utérus, etc. Je n'ai jamais remarqué que ces opérées éprouvassent, plus que les autres, les symptômes de l'insuffisance ovarienne.

4° Au point de vue du traitement post-opératoire, je prescris assez habituellement une spécialité connue, l'ocréine Grémy. J'en ai obtenu quelques résultats.

## Quatrième Réponse

(Professeur Reynès, chirurgien des hôpitaux, Marseille)

*Au point de vue doctrinaire*, je crois volontiers à l'existence de la sécrétion interne de l'ovaire, capable de jouer dans l'organisme un autre rôle que celui de l'ovulation et de la menstruation.

Les phénomènes incontestables de régression atrophique de lésions inflammatoires chroniques ou néoplasiques de la mamelle, qu'on n'observe pas toujours, mais souvent, à la suite de la castration ovarienne, prouvent que l'ovaire est uni par des liens encore imprécis aux organes éloignés de lui. Sur ce principe, Beatson (de Glasgow) a pu proposer la castration ovarienne dans les cas de cancers inopérables des mamelles. L'un des premiers en France, j'ai eu un beau succès dans un cas de ce genre, et ai donné une survie de quatre ans à une jeune femme, atteinte de double cancer des mamelles (voir Reynès, *Congrès français de chirurgie* de 1903, 1904 et 1907).

D'autre part, les vétérinaires savent que la castration ovarienne agit sur le métabolisme général des femelles d'animaux.

*Au point de vue clinique*, il semblait, d'après les principes ci-dessus, que la castration ovarienne devrait entraîner chez la femme certaines modifications ou certains troubles. En pratique, je n'ai presque jamais observé les signes d'insuffisance ovarienne chez mes opérées. Il est possible d'ailleurs que les organes enlevés étant malades, l'organisme se soit habitué à une viciation fonctionnelle de l'ovaire, ou à une suppression progressive de ses sécrétions.

En outre, j'ai constaté les bouffées de chaleur et des signes de nervosisme chez des femmes ayant leurs ovaires : ceux-ci étaient peut-être en fonctionnement défectueux. A côté de l'insuffisance ovarienne — que pour ma part je crois rare — on peut rencontrer les signes de cette insuffisance chez des femmes non opérées, mais atteintes de viciations des sécrétions ovariques, une sorte de *dysovarie*.

Je n'ai pas eu à essayer l'opothérapie.

---

Vu le nombre et la qualité des réponses que mes collègues de France et de l'étranger ont bien voulu faire à mon ami Battesti, et au questionnaire que nous leur envoyâmes, je ne peux que me réjouir de lui avoir suggéré l'idée de ce travail : il l'a d'ailleurs bien traité ; sa thèse sera une documentation de haut intérêt dans l'étude de cette question encore discutable.

## Cinquième Réponse

(Giordano, Venise)

En résumant les réponses à votre Questionnaire, je vous dirai que lorsque l'on opère des femmes *à opérer*, c'est-à-dire bien *réellement malades*, elles y gagnent à l'opération, et que, comme vous, je crois que la légende de l'insuffisance a crû sur le *terrain des opérations inutiles*. Effectivement, presque toutes les opérées en activité génitale présentent ensuite, surtout pendant les deux ou trois premières années, des troubles mensuels qui se réduisent, le plus souvent, à des bouffées de chaleur, parfois des palpitations. Il est à noter, cependant, que les palpitations préexistantes disparaissent, le plus souvent, apres l'hystéro-ovariectomie, chez les fibromyomateuses. En général, ces symptômes, plus ennuyeux que morbides, cèdent à l'administration de la potion de Bechterew (polybromures, adonis et codéine). Parfois j'ajoute l'ovarine, soit sous forme de poudre ou tabloïdes (par exemple de Burroughs Wellcome), soit sous forme d'ovaires de génisses ou d'agneaux femelles à peine grillés.

Rarement, chez des malades à type pléthorique (si l'expression est encore permise), j'ai dû parfois faire appliquer des sangsues aux racines des cuisses.

Une fois seulement j'ai vu, chez une femme de ce type, qui était pourtant d'un certain âge (vers la cinquantaine, belle-mère d'un médecin), un an après une hystérectomie pour cancer, survenir un ictus apoplectiforme. Chaque mois, elle avait eu des bouffées de chaleur ; cette fois, la chose était plus grave, et elle gisait congestionnée, inconsciente. Tout se dissipa avec une saignée. Les mêmes phénomènes se répétèrent le mois suivant et cédèrent à une nouvelle saignée.

J'ai observé la servante d'un collègue, qui avait été ovariectomisée par un autre chirurgien, et qui présenta, dans la suite, un caractère si scélérat, qu'elle cassait la vaisselle, voyait pendant les journées d'été neiger à flocons noirs, etc. Mais je me demande si, dans les cas semblables, certaines malades non opérées *ne finiraient pas au cabanon.*

Il me souvient d'une malade que je ne voulus pas opérer, parce que, à mon avis, elle n'avait que des *ovarialgies hystériques.* Un autre chirurgien l'opéra, disant que tout de même, si pas lui, d'autres auraient fini par le faire. Les désordres hystériques s'aggravèrent par la suite.

Mais il me semble que de tels faits doivent être aussi bien, et même plus, à charge du *châtreur, que de la castration.*

Quant à l'activité génitale après l'opération, je vous avouerai n'avoir pas été très curieux à cet égard. Cependant, les opérées ne viennent pas se plaindre. Une opérée pour hystéro-salpyngite gonococcique prise de par son *métier*, qui lui devenait impossible à cause des douleurs, la reprit allègrement après.

Une autre contracta par la suite une violente blennorragie vaginale. Une me dit que son mari se plaignait — à tort selon elle — parce qu'il ne pouvait s'ôter de l'idée qu'elle était incomplète n'ayant plus d'utérus.

Je crois que les ovaires ou fragments conservés s'ils ne sont pas en rapport de continuité et fonction *avec les trompes* et utérus, sont *voués à la dégénérescence.*

J'ai en effet dû opérer des femmes qui continuaient à souffrir parce qu'on leur avait enlevé l'utérus (surtout par le vagin) en leur laissant les ovaires. Une même avait subi la sympathectomie abdominale et ne fut délivrée de ses souffrances qu'avec l'ablation d'un

moignon ovarique scléro-kystique résidu d'une de ces opérations économiques.

### Sixième Réponse

Professeur F. Dumont, Berne

Je vous dirai d'avance que je n'ai jamais observé de troubles bien importants après l'ablation des ovaires chez des sujets encore en activité génitale, ni immédiats, ni éloignés. Par conséquent, je n'ai pas d'expériences sur l'opothérapie ovarienne, n'ayant jamais eu à l'employer.

Je crois utile de conserver un fragment d'ovaire, là où ceci est possible. Je n'ai pas publié de travail sur cette question.

Ce que je vous indique est donc fort peu ! Néanmoins, c'est le résultat d'une expérience de longues années.

### Septième Réponse

Professeur Jacques Reverdin, Genève

J'ai souvent observé des troubles consécutifs à l'ablation des ovaires chez des sujets encore en activité génitale. Ils m'ont paru presque constants, sauf dans un cas où, malgré la castration paraissant complète, des pertes de sang *presque périodiques* se sont produites.

Ces troubles survenaient en général d'après mon souvenir au bout de peu de temps sans être tout à fait immédiats. Ils consistaient presque exclusivement en bouffées de chaleur.

Je crois fermement à l'efficacité de l'opothérapie ovarienne, soit dans la ménopause normale soit dans la chirurgicale, je l'ai employée sous forme de poudre d'ovaire.

La question que vous avez choisie m'a préoccupé depuis longtemps, je suis payé pour savoir qu'il ne faut pas en général sacrifier un organe sain. Je l'ai appris et appris à d'autres pour la thyroïde. En principe, je serais donc théoriquement pour la conservation d'un ovaire sain contre la *castration totale dans ces cas*. A vous de nous démontrer si en pratique il doit *en être* ainsi.

Je n'ai pas publié de travail sur cette question, mais j'en ai parlé à la Société gynécologique et obstétricale de la Suisse Romande.

## Huitième Réponse

(Docteur E. Tavel, professeur de chirurgie à l'Université. — Docteur Dick.)

Nous avons remarqué tous les deux des troubles consécutifs à l'ablation des ovaires chez des sujets encore en activité génitale, soit les symptômes ordinaires de l'âge critique : congestions, transpirations, maux de tête, vapeurs, adiposité quelquefois. Ces troubles sont assez fréquents, mais en général pas forts.

En fait de troubles spéciaux, l'un de nous (Dr Dick) a vu chez une cliente de 42 ans, non mariée, après extirpation de l'utérus et des ovaires, des symptômes de dépression psychique.

Ces troubles sont assez fréquents, mais en général pas forts. Ils commencent d'ordinaire au bout de quelques mois : ils consistent surtout en bouffées de chaleur, c'est le principal, diminution de forces; nous n'avons pas remarqué des accès d'oppressions, palpitations guéris.

Cette question sur l'activité génitale est un peu difficile à juger ; d'abord dans notre pays beaucoup de femmes sont assez passives, et alors l'ablation des ovaires ne change rien.

Dans les autres nous n'avons pas eu de plaintes dans cette direction. Ma plus ancienne hystérectomie (datant de 10 ans), jeune femme alors de 27 ans, a continué, dès lors, à avoir les mêmes sensations qu'avant au coït.

Très généralement nous croyons à l'efficacité de l'opothérapie.

Nous croyons nécessaire, si la chose est possible, de conserver un

fragment d'ovaire. Nous n'avons observé qu'une fois une dégénérescence kystique sur ces fragments d'ovaires conservés.

Nous n'avons publié aucun travail sur cette question.

## Neuvième Réponse

(Vidal, d'Arras)

Les troubles que j'ai observés, consécutifs à l'ablation des ovaires, ont surtout consisté en bouffées de chaleur et palpitations. Je n'ai observé ni troubles digestifs, ni troubles psychiques. L'activité génitale plutôt accrue ou stationnaire.

Je crois à l'efficacité de l'opothérapie ovarienne dans certains cas, comme la dysménorrée des jeunes filles ; dans sténose ou infection, elle donne des résultats excellents.

Dans les diverses opérations chirurgicales, si l'ovaire est sain, vous le laissez, et ce cas est plutôt rare — sinon il est inutile. — Il est difficile d'avoir été plus conservateur que moi ; ce sont des exercices d'acrobatie que je ne ferai plus.

En deux mots mon opinion est celle-ci :

Oui je crois à l'utilité grande de la sécrétion interne des ovaires chez un sujet porteur d'ovaires *sains*. Les quelques cas d'opérations de Battey que j'ai vu faire pendant mon internat ont amené les troubles classiques ; mais les ovaires étaient *sains* et on opérait pour autre chose qu'une de leurs lésions. L'excellente influence de l'opothérapie dans certaines dysménorrées parle dans le même sens.

Mais je ne crois plus du tout à la sécrétion interne d'ovaires malades, scléro-kystiques ou autres, pour lesquels on s'est évertué — moi comme les autres et peut-être plus que d'autres — à conserver ou restaurer un résidu ovarique avec le naïf espoir qu'il fonctionnerait. Je crois que dans de tels organes la fonction est supprimée depuis longtemps et probablement suppléée par d'autres glandes à sécrétion interne. Toujours est-il que je n'ai jamais eu d'accidents en enlevant de tels ovaires après les avoir systématiquement et respectueusement tripotés pendant des années : les résultats sont les

mêmes. On retrouve encore là la loi très générale de l'innocuité de la suppression *progressive* de presque tous les organes opposée aux dangers de leur suppression *brusque*. Il y a en un mot une distinction capitale à établir entre l'organe *sain* et l'organe *malade*.

A quand la logique et la méthode en chirurgie ?

### Dixième Réponse

(Savariaud, Paris)

Les troubles consécutifs à l'ablation des ovaires chez des sujets encore en activité génitale sont rares, peu graves et leur possibilité ne saurait contre-indiquer une opération *qu'on a de bonnes raisons de faire*.

Ces troubles sont généralement immédiats et consistent en engraissement précoce et en bouffées de chaleur, congestion de la face, on ne les observe que sur un petit nombre de malades ; même quand on fait la castration totale comme je la pratique presque toujours en cas de lésions annexielles doubles avec métrite invétérée.

Cependant, chez les femmes très jeunes, je tâche de conserver l'utérus et un ovaire.

L'ovarine ne m'a jamais donné de résultats. Je dois avouer que je ne l'ai pas très souvent ordonnée. Je n'ai pas essayé les produits similaires.

### Onzième Réponse

(Professeur Villard, Bordeaux)

Je n'ai pas souvent observé de troubles consécutifs *à l'ablation des ovaires*. Ces troubles *très rares et immédiats consistaient en bouffées de chaleur et un peu d'irritabilité du caractère*. L'activité génitale est restée stationnaire.

Je crois à l'efficacité de l'opothérapie ovarienne, je l'ai employée sous forme de suppositoires à l'extrait d'ovaires.

Je crois qu'il est préférable si possible de conserver un fragment d'ovaire, je n'ai jamais observé de complication sur ces fragments d'ovaires conservés.

Conclusions : Après de nombreuses opérations d'hystérectomies et d'ablation des annexes, j'ai rarement observé des troubles ; ces troubles ont été légers (bouffées de chaleur).

L'emploi des *suppositoires à l'extrait d'ovaire* m'a donné des *résultats extraordinaires* et très rapides.

### Douzième Réponse

Professeur R. Alessandri, Université de Rome

Je n'ai pas souvent observé des troubles consécutifs à l'ablation des ovaires ; à peu près le 25 %. Ces troubles sont la plupart du temps très légers ; dans un cas seulement j'ai observé la persistance de troubles à l'époque menstruelle, consistant en bouffées de chaleur et accès d'oppressions. Pas de troubles digestifs, ni troubles psychiques.

J'ai eu occasion dans le seul cas susdit d'employer l'opothérapie sous forme d'ovarine : les résultats sont presque nuls.

Je crois que si l'on peut conserver un fragment d'ovaire, il vaut mieux le faire, mais ne pas sacrifier *à ce postulat théorique la sûreté et le succès opératoire.*

### Treizième Réponse

Leguen, Paris

J'ai observé des troubles consécutifs à l'ablation des ovaires dans un tiers des cas environ et encore chez les femmes opérées jeunes.

Ces troubles étaient immédiats ou éloignés et consistaient en bouffées de chaleur, irritabilité du caractère, cauchemars.

L'activité génitale était restée égale à ce qu'elle était avant.

Je ne crois pas à l'efficacité de l'opothérapie ovarienne.

*Je crois nécessaire de conserver un fragment d'ovaire chez les femmes jeunes.*

Comme complication sur les fragments conservés, j'ai *dû en enlever ultérieurement.*

## Quatorzième Réponse

(Sabadini, Alger)

Je n'ai pas souvent observé des troubles consécutifs à l'ablation des ovaires. J'ignore leur fréquence.

L'activité génitale est quelquefois accrue ou stationnaire, jamais diminuée.

N'ayant pas employé l'opothérapie ovarienne, je ne puis en parler.

Je ne crois pas nécessaire de conserver un fragment d'ovaire.

J'ai observé des complications sur ces fragments d'ovaires conservés. J'ai dû intervenir une deuxième fois et dans quelques circonstances pour enlever ce fragment qui était douloureux, soit par lui-même, soit par des adhérences contractées avec le côlon pelvien.

J'ai souvent enlevé des ovaires, mais jamais il ne m'est arrivé d'observer des troubles.

## Quinzième Réponse

(Bazy, Paris)

D'après moi, les troubles consécutifs à l'ablation des ovaires chez des sujets encore en activité génitale sont très peu fréquents. L'activité génitale est quelquefois accrue.

Je n'ai jamais employé l'opothérapie sous aucune forme.

J'ai conservé un fragment d'ovaire et même les deux ovaires et ai

observé les troubles *que l'on met sur le compte de l'insuffisance ovarienne.*

Aucune des femmes qui ont besoin d'être opérées ne présente des troubles dits d'insuffisance ovarienne.

### Seizième Réponse

Tuffier, Paris

J'ai assez souvent observé des troubles consécutifs à l'ablation des ovaires. Très fréquents immédiatement, rarement définitifs. Ils ont surtout consisté en bouffées de chaleur, diminution des forces, palpitations.

Pas de troubles digestifs ; troubles psychiques chez des prédisposées.

Je ne crois pas à l'efficacité de l'opothérapie ovarienne. Je l'ai employée sous forme de capsules ovariques, ovarine.

Je ne crois pas nécessaire de conserver un fragment d'ovaire, mais greffer l'ovaire sain.

Je n'ai jamais observé de complication sur ces fragments d'ovaires conservés.

J'ai publié un travail sur cette question à la Société de chirurgie : *Conservation des ovaires, 1906.*

### Dix-Septième Réponse

(Laugier, de Grasse)

Je n'ai jamais constaté de troubles chez mes opérées d'ovariotomie ; ils sont donc excessivement rares.

L'activité génitale est restée stationnaire. Je n'ai pas d'expérience sur l'opothérapie ovarienne. Je n'en ai jamais employé et n'y aurais qu'une médiocre confiance.

Je crois nécessaire de conserver un fragment d'ovaire, dans les diverses opérations chirurgicales.

Je n'ai jamais observé de complication sur ces fragments d'ovaires conservés.

### Dix-Huitième Réponse

(Mounny, chirurgien des hôpitaux de Saintes)

D'après moi, la fréquence des troubles consécutifs à l'ablation des ovaires est du 10 %.

Ces troubles sont immédiats et consistent en bouffées de chaleur.

L'activité génitale est stationnaire. J'ai employé l'opothérapie ovarienne sous forme de capsules kératinisées de Vigier. Je n'ai jamais observé de complication sur les fragments d'ovaires conservés, et ne crois pas nécessaire de les conserver.

### Dix-neuvième Réponse

(Faure, Paris)

Je n'ai jamais remarqué rien de bien net, comme troubles consécutifs à l'ablation des ovaires, à part les bouffées de chaleur. L'activité génitale serait plutôt accrue. J'ai observé des kystes sur les fragments d'ovaires conservés.

### Vingtième et Vingt-unième Réponse

Nous ne voulons pas passer sous silence en terminant les deux aimables lettres des professeurs Le Dentu et Malherbe (Nantes) qui nous expriment tous leurs regrets de ne pouvoir nous fournir aucun renseignement utile sur la question que nous étudions.

Nous résumons dans un tableau rapide le résultat de notre enquète :

*Les Professeurs :*

| | |
|---|---|
| Ont observé des troubles consécutifs à l'ablation des ovaires. | Lucas-Championnière (Paris).<br>Tuffier (Paris).<br>Reverdin (Genève).<br>Tavel et Dick (Berne). |
| N'en ont pas observé ou peu fréquents et légers. | L. Imbert (Marseille).<br>Tédenat (Montpellier).<br>Giordano (Venise).<br>Dumont (Berne).<br>Laugier (Grasse).<br>Bazy (Paris).<br>Sabadini (Alger).<br>Reynès (Marseille).<br>Villard (Bordeaux).<br>Vidal (Arras).<br>Savariand (Paris).<br>Faure (Paris).<br>Mounny (Saintes) 10 %.<br>Alessandri (Rome) 25 %.<br>Legueu (Paris) 1/3. |
| Ont employé l'opothérapie ovarienne. | Lucas-Championnière. — Bons résultats, préconise surtout la saignée.<br>Villard. — } Croient fermement à son efficacité.<br>Reverdin. — }<br>Dick et Tavel. — Y croient généralement. |
| | Giordano (Venise). — A eu aussi de bons résultats avec les saignées.<br>Mounny. — } L'emploie seulement dans dysménorrée des jeunes filles.<br>Vidal. — }<br>L. Imbert. — Emploie quelquefois l'ocréine (Grémy). |

Les autres chirurgiens ne l'ont pas employé ou y accordent une médiocre confiance.

| | |
|---|---|
| Croient nécessaire de conserver un fragment d'ovaire. | Dumont.<br>Laugier.<br>Tavel et Dick.<br>Leguen.<br>Alessandri.<br>Villard.<br>Lucas-Championnière. — *Mesure capitale toutes les fois que l'utérus est conservé.*<br>Reverdin. — Préférable de conserver ovaire sain.<br>Savariaud. — Chez jeunes femmes tâche de conserver utérus et ovaire sain.<br>Bazy. — A conservé ovaires et constaté troubles mis sur compte de l'insuffisance ovarienne.<br>Vidal. — Croit à l'utilité de la sécrétion interne dans ovaires sains mais pas dans ovaires malades.<br>Tuffier. — Ne croit pas nécessaire de conserver un fragment d'ovaire, mais greffer l'ovaire sain. |
| Ont observé des complications. | L. Imbert.<br>Leguen.<br>Faure.<br>Tavel et Dick. — Une fois dégénérescence kystique.<br>Sabadini. |

# CHAPITRE II

## OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES (1)

### Observation I

(Professeur Imbert)

S. J., 36 ans, Hôtel-Dieu, entrée le 25 février 1905 ; sortie le 25 mai 1905. — Fibrome utérin, 3 k. 170 gr.

*Antécédents.* — Une opération avait déjà proposée à la malade par M. Combalat, il y a 10 ans environ, elle visait une tumeur abdominale qui était encore petite.

*Examen.* — A son entrée à l'hôpital, métrorragies très abondantes qu'elle accuse depuis quelques mois. Au toucher on sent l'utérus adhérent à la tumeur qui remplit l'abdomen. Dans le cul-de-sac postérieur on a la sensation d'une tumeur plus grande arrondie, distincte de l'utérus et remplissant tout le cul-de-sac.

---

(1) Nous avons recherché l'insuffisance ovarienne en nous servant de l'interrogatoire type donné par Jayle.

*Opération.* — Opération le 27 février, extirpation de deux fibromes surajouté et plongeant dans le cul-de-sac postérieur. Les annexes sont enlevées. *Hydrosalpynx des deux côtés*, drainage abdominal. Sort guérie le 25 mai.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne.* — Cette malade a été suivie et interrogée 3 ans après son opération.

Elle ne présente aucun trouble décrit dans la ménopause artificielle, ni nervosisme, ni pertes de force, ni même des bouffées de chaleur. Il faut noter seulement un certain degré d'embonpoint.

L'activité génitale est identique à ce qu'elle était avant l'opération.

En résumé : malade heureuse de s'être laissée opérer après 10 ans d'hésitation.

## Observation II

(Professeur Imbert)

O. A., 21 ans, Hôtel-Dieu, entrée le 26 avril 1907 ; sortie le 24 mai. — Annexite, hystérectomie.

*Antécédents.* — Premier avortement, il y a deux ans ; a eu lieu spontanément à 2 mois de grossesse.

Deuxième avortement en mars 1907. En avril, pertes jaunes rouges, douleurs abdominales, annexe gauche volumineuse et douloureuse, utérus mobile.

En raison des pertes jaunes, un premier curettage est pratiqué le 3 mai, l'utérus est de dimension normale.

La malade continuant à souffrir encore, demande une intervention plus complète.

*Opération.* — 10 mai, laparotomie. Les annexes gauches sont

fortement adhérentes aux parois pelviennes un peu prolabées en arrière.

L'ovaire est à peu près normal, la trompe est oblitérée et légèrement distendue.

Les annexes droites sont également prolabées dans la moitié du cul-de-sac de Douglas. La trompe est volumineuse, et à l'extrémité renflée par un abcès du volume d'une noix, qui est ouvert au cours de l'opération.

*Ovaire normal.* — Des deux côtés les annexes sont très largement adhérentes au péritoine pelvien. A gauche elles sont adhérentes à la face antérieure du rectum, aux franges épiploïques du côlon pelvien. Le tout est détaché assez laborieusement.

L'hystérectomie subtotale est pratiquée alors de gauche à droite sans autre incident que l'ouverture de l'abcès tubaire. Un drain introduit par le col sort par la vulve.

Le péritoine est suturé par-dessus. Drainage abdominal. — Suture de la paroi.

Sortie guérie le 24 mai.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne.* — Aussitôt après l'opération, bouffées de chaleur, mais pas très nombreuses et tolérables. Quelques cauchemars, les nuits sont agitées. L'hystérie semble s'être développée : véritables crises de de nerfs, caractère plutôt folâtre ; constitution forte, de l'embonpoint. Notre malade nous affirme néanmoins qu'un rien, le moindre effort la fatigue, et lui procure des palpitations. Activité génitale accrue, semble-t-il.

En résumé : légère insuffisance très supportable qui chaque jour va s'atténuant, seule l'hystérie de notre malade semble avoir reçu un coup de fouet du fait de son opération.

Cette observation II est à rapprocher de la première.

Dans le premier cas la malade souffrait depuis 10 ans. L'ovaire au point de vue fonctionnel ne devait plus exister et sa sécrétion interne avait été sans doute suppléée par

une autre glande (?) Aussi la disparition de ses ovaires, tellement insuffisants que la nature les avait déjà remplacés, n'a entraîné aucun désordre.

Dans le second cas la maladie est plus récente, il y a de l'annexite très avancée avec abcès des trompes et pelvi-péritonite, mais les ovaires macroscopiquement semblent normaux.

Aussi les légers troubles que nous avons notés chez la malade peuvent se rapporter en partie en l'absence des ovaires non complètement dégénérés, en faisant des réserves bien entendu, étant donné surtout l'état nerveux antérieur.

## Observation III

Professeur Imbert

F. E..., ménagère, 42 ans, entrée salle Cazault, 30 juin 1907. Sortie le 16 août 1907.

Salpingite, fibrome, abcès de l'ovaire.

*Antécédents.* — Santé parfaite avant la maladie actuelle. Poumons sains. L'estomac et l'intestin fonctionnent bien. Peu nerveuse. Jamais d'enfants, toujours bien réglée.

Le 17 juin, pertes rouges spontanées venues après la fin des époques. Ces pertes ont duré quatre ou cinq jours, depuis douleur dans le ventre, fièvre assez élevée.

*Examen.* — La palpation hypogastrique fait percevoir deux masses non douloureuses, ayant chacune le volume de deux poings.

Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une masse remontant jusqu'à 1/2 centimètre de l'ombilic. Toucher un peu douloureux. Enfin, à droite, masse plus petite, de la grosseur d'un poing et mobile.

*Opération.* — Le 15 juillet, opération. A l'ouverture de la cavité

abdominale, on voit surgir une masse volumineuse comme une tête de fœtus, fluctuante et très adhérente à l'utérus et au gros intestin.

*L'ovaire droit est gros comme une noix et scléro-kystique.* La trompe droite est quadruple de volume et fluctuante.

Sur la face antérieure de l'utérus et à droite, il y a un fibrome deux fois gros comme un œuf.

Sur la face postérieure de l'utérus d'autres petits fibromes.

L'épiploon adhérent à la face antérieure de l'utérus est lié et sectionné. Les adhérences intestinales sont rompues sans incident ; mais en essayant de rompre les adhérences de la masse gauche et de la libérer, on la déchire et du pus s'écoule par l'ouverture. C'est du pus fétide, bien lié. On protège bien le champ opératoire, et un trocart enfoncé dans la poche lui permet de se vider. On retire 250 grammes de pus environ. La poche est fermée avec des pinces.

Le péritoine est décollé. Les adhérences de l'utérus au gros intestin, qui existaient en haut et à gauche, sont rompues.

C'est au niveau de ces adhérences de la poche à l'S iliaque que la poche a été ouverte. Il existe aussi une nouvelle poche à la partie postérieure de l'utérus, qui est également ouverte et donne issue à 100 grammes de pus environ, semblable au précédent.

Le gros fibrome de droite (face antérieure de l'utérus) est fendu longitudinalement, et chacune des deux portions est enlevée séparément.

*Hémisection.* — Hémisection de l'utérus. Chaque moitié est enlevée séparément, car il était trop difficile de libérer de haut en bas. Lorsqu'on enlève la moitié droite de l'utérus et les annexes droites, il se produit un écoulement liquide qui pouvait faire songer à de l'urine.

Ce liquide est dû à la rupture d'un petit kyste des annexes droites. Ligature des utérines, pincées dès le début. Drainage vaginal. Péritonisation, drainage abdominal par deux drains accolés, suture de la paroi, sonde de Malecot. Nous avons écourté cette dernière partie de l'observation, qui nous intéresse moins.

La malade sort guérie, le 16 août 1907.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne.* — Cette malade est revue en mai 1908.

Elle nous a déclaré s'être relevé vite de son opération. Ses forces sont bien conservées.

Elle n'a jamais eu aucun malaise, ni troubles immédiats ou éloignés, même pas de bouffées de chaleur. L'appétit est bon. Le sommeil est parfait. Point d'idées noires.

En somme, notre malade est satisfaite de son opération et ne présente aucun signe de l'insuffisance ovarienne d'origine opératoire.

Il convient de faire remarquer que cette malade, malgré la gravité du traumatisme opératoire, ne présente aucun des troubles que nous connaissons, ses ovaires depuis longtemps n'existant plus au point de vue de sécrétion interne. Aussi n'a-t-elle ressenti de leur absence aucun inconvénient.

## Observation IV

(Professeur Imbert)

R. M..., 30 ans, infirmière, n° 4, salle Cazault. Entré le 13 avril 1907. Sortie le 26 juin.

*Appendicite, annexite.* — Avortement d'un mois environ en fin mars, avec de fortes hémorragies utérines, accompagnées de fièvre et de douleurs abdominales. Depuis cette époque, la menstruation est troublée.

A l'entrée à l'hôpital, la fièvre est élevée, les métrorragies se sont arrêtées ; les vomissements sont bilieux. Douleur vive au point de Mac Burnez.

Pendant quelques jours, glace, opium, diète. Opération le 1er mai. Laparotomie latérale. Ablation de l'appendice congestionné et à l'intérieur duquel se trouve des matières fécales, de la trompe et

de l'ovaire droit qui sont enflammés, adhérents à la base de l'appendice et au cæcum. Suture au catgut et au crin. Drainage pendant deux jours. Guérison sans accident, ni infection d'aucune sorte.

*Etat intérieur.* — Santé bonne. Très nerveuse. Cette malade a été revue à plusieurs reprises et interrogée sur l'existence de l'insuffisance ovarienne en mars 1907. Rien de particulier à signaler de ce côté. Santé parfaite. Forces conservées. Pas d'embonpoint. Caractère gai.

Activité générale. Rien de changé.

## Observation V

(Professeur Imbert)

M. L..., 30 ans. (24 juillet au 25 septembre 1906).

*Antécédents.* — Quatre enfants sans fausses couches, le dernier a cinq ans. Toujours bien réglée. Après ses dernières couches, les pertes menstruelles sont très abondantes et surviennent quelquefois deux fois par mois. Depuis la même époque, les pertes blanches qui avaient du reste toujours existé, ont été particulièrement abondantes et glaireuses. Il y a deux mois, des douleurs du côté droit de l'abdomen, survenues sans raison apparente, ont obligé notre malade à s'aliter deux ou trois jours. Ces douleurs ont reparu il y a trois semaines. Nouveau séjour au lit avec 39 degrés de fièvre.

La première crise a concordé avec une hémorragie au moment des règles, qui s'est continuée par des éliminations de fausses membranes. Amaigrissement assez prononcé, un peu de constipation.

Avant cette maladie, bonne santé, rien au cœur, aux poumons, légèrement nerveuse.

*Opération.* — Le 27 juillet, laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est légèrement augmenté de volume, les *annexes gauches* sont très volumineuses, enflammées et un peu prolabées dans le cul-

de-sac de Douglas, adhérentes au rectum. La trompe droite est très grosse, dilatée par un pyosalpinx.

L'ovaire droit est le siège d'un abcès de la grosseur d'un gros œuf. Tout est adhérent et forme une masse adhérente à la partie postérieure de la vessie et à la paroi du bassin. *Extirpation complète des annexes des deux côtés et de l'utérus.* Une partie de l'uretère droit, d'une longueur de deux centimètres environ, est enlevée avec les annexes droites. M. le professeur Imbert pratique l'urétro-cystotomie, fixe l'uretère à la vessie par quatre points de catgut n° 0, puis pratique une seconde suture des tuniques superficielles de la vessie et de l'uretère, et afin d'éviter les tiraillements sur l'uretère, fixe la vessie en arrière et à droite de l'uretère. Sonde à demeure pendant dix jours. La malade sort guérie le 25 septembre 1906.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne.* — Malade interrogée spécialement à ce sujet en avril 1908.

Tout d'abord, notre malade est bien contente d'être délivrée de toutes ses misères.

Sa santé n'a jamais été plus parfaite, son caractère est gai, ses nuits sans cauchemars. En la pressant de questions précises, elle finit par nous avouer qu'en effet elle a eu des bouffées de chaleur après l'opération ; mais qu'elles diminuaient sous l'action de purgatifs répétés chaque mois. Il semblerait que les bouffées ont tendance à revenir chaque mois, comme les anciennes règles. Enfin, parfois elle peut rire ou pleurer sans raison.

En somme, elle n'attache aucune importance à ces très légers troubles et elle semble étonnée que nous insistions là-dessus.

## Observation VI

Professeur Imbert

L. M., 26 ans, entrée le 9 mai, sortie le 20 juin 1906.

Kyste du ligament large.

*Antécédents.* — Avortement de 3 mois à 23 ans, métrite à 25 ans traitée par injections et tampon de glycérine ichtyolée. Amélioration, pertes blanches, réglée régulièrement jusqu'au 15 avril. Depuis 5 jours, vives douleurs abdominales, surtout la nuit, avec fièvre et constipation.

A l'examen ventre ballonné, douleur vive, à droite on sent une tumeur volumineuse arrondie qui remplit toute la fosse iliaque. Au toucher on sent l'utérus légèrement allongé, non augmenté de volume. Le cul-de-sac de Douglas bombe et est très douloureux : douloureux aussi le cul-de-sac droit. La palpation combinée au toucher montre que la fluctuation de la tumeur se propage dans le cul-de-sac droit et dans le cul-de-sac postérieur.

*Opération.* — 16 mai, laparotomie médiane. On trouve un gros kyste développé aux dépens du ligament large droit, autour plusieurs petits kystes transparents remplis d'un liquide citrin ; le tout remplissait la fosse iliaque droite.

Dans le petit bassin on trouve un prolongement du kyste principal, adhérent en arrière au rectum et remplissant tout le cul-de-sac postérieur.

Enfin, à gauche, kyste du volume d'une orange, développé aux dépens de l'ovaire.

Après ponction, ablation du kyste droit, du kyste gauche et de l'utérus (hystérectomie subtotale) et des annexes droites. Ablation aussi des annexes gauches, du kyste gauche qui est retiré intact. Le prolongement kystique postérieur adhérent au rectum est enlevé par dissection. Drainage double, suture au catgut, crins et griffes. — Guérison, sort le 20 juin.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne.* — Nous avons revu cette malade le 24 avril 1907. Quelques bouffées de chaleur, des transpirations assez abondantes, des palpitations après l'opération constituent tout le syndrome d'insuffisance. A l'heure actuelle, les bouffées de chaleur apparaissent de loin en loin, et ne sont pas trop gênantes ; santé florissante, léger embonpoint, malade satisfaite de son état.

Les observations V et VI peuvent être calquées l'une sur l'autre, même lésion grave nécessitant des interventions redoutables, mêmes résultats excellents.

Les symptômes d'insuffisance sont bien légers. Elles confirment bien les réflexions que nous ont suggéré les observations I et II.

## Observation VII

Professeur Imbert

N. E., 32 ans, entrée le 28 décembre 1906, sortie le 7 février 1907.

*Antécédents.* — Cœur, poumons, tube digestif parfaits. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Mariée à 23 ans. Cinq enfants dont un seul en vie. Premier enfant un an après son mariage. Cet enfant est mort à un an du croup. Les deuxième, troisième et quatrième autres enfants sont morts entre un mois et trois mois, pendant qu'ils étaient en nourrice.

Un avortement entre la quatrième et la cinquième grossesse au troisième mois de la grossesse. Le cinquième enfant, garçon de trois ans, jouit d'une bonne santé.

A son entrée, la malade raconte qu'elle souffre de la matrice depuis octobre 1906, qu'elle est sujette à des hémorragies qui durent quatre et cinq jours et qui surviennent tous les treize jours environ. Dans l'intervalle, pertes blanches abondantes et de temps en temps purulentes.

Depuis le mois de septembre, les époques ne sont plus régulières, seulement ces hémorragies intermittentes auxquelles elle est sujette empêchent de croire à l'absence des règles. Malade légèrement obèse avec une paroi abdominale très épaisse, peu dépressible. Aussi le palper abdominal ne fournit aucun renseignement. Au toucher vaginal on perçoit une ulcération du col se propageant dans les culs-de-sac latéraux, spécialement le gauche. Les pertes sanguines qui accompagnent le toucher vaginal sont purulentes et fétides. L'utérus paraît mobile. La malade réclame une intervention libératrice.

*Opération* (10 janvier 1907). — Hystérectomie colpo-abdominale par le procédé Imbert-Piéri. La paroi vaginale a été facilement décollée. Tamponnement, suture et drainage du vagin. A l'ouverture de l'abdomen, utérus gravide. Hystérectomie totale. La grossesse devait remonter à trois ou quatre mois. La malade quitte l'hôpital complètement guérie et satisfaite de l'opération.

Malade revue quatorze mois après : Les forces sont revenues assez lentement ; pèse actuellement 75 kilos, ne pesait que 55 kilos avant l'opération. Dans l'ensemble, état général parfait.

*Recherche des symptômes de l'insuffisance ovarienne d'origine opératoire.* — Après l'opération, perte complète de la mémoire. Nombreuses bouffées de chaleur, nervosisme exagéré. Incapable de faire un travail sérieux. Ne retenant rien ; souvent, nous disait-elle, j'avais peur de devenir folle. A l'occasion du moindre effort, accès d'oppressions et de sueurs.

A l'heure actuelle, tous ces symptômes se sont amendés et reviennent de loin en loin — tous les mois environ — légèrement essoufflée. Bien que nerveuse avant l'opération, le caractère n'est nullement pénible. L'acte génital ne peut plus être subi à cause de trop fortes douleurs. Cette malade a en effet subi l'extirpation simultanée de l'utérus et du vagin pour cancer, c'est donc naturel qu'elle éprouve une impossibilité matérielle à effectuer le coït.

En résumé, l'insuffisance ovarienne peut être affirmée dans ce cas. Néanmoins l'état général est satisfaisant. Les symptômes fâcheux du début disparaissent chaque jour, et cela sans le moindre traitement.

## Observation VIII

(Personnelle)

M... P..., opérée le 12 septembre 1905 à Bordeaux par le professeur Chavanasse.

*Antécédents.* — Réglée à 13 ans, mariée à 17 ans, ni enfants, ni fausses couches. Santé excellente jusqu'à 32 ans. A ce moment forte douleur à gauche avec pertes rouges et jaunes.

*Opération.* — Laparotomie. Gros abcès de l'ovaire gauche, trompe grosse, tuméfiée, présentant des adhérences avec la vessie. Hystérectomie totale. — Guérison après une convalescence assez longue.

Nous avons été obligé de nous fier complètement aux dires de notre malade, aussi cette observation est-elle forcément incomplète. Elle n'en est pas moins importante, car c'est le seul cas où l'insuffisance ovarienne est réellement bien marquée.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne.* — En effet, aussitôt après l'opération, apparition de bouffées de chaleur si nombreuses et si intenses qu'elles deviennent vraiment intolérables. Elles sont accompagnées d'abondantes transpirations qui ne font qu'augmenter la faiblesse déjà marquée de la malade. Le caractère est irritable. Notons enfin des palpitations et un léger embonpoint.

Ces troubles vaso-moteurs nerveux avaient cédé en partie au temps et à l'action du suc ovarien. Lorsque la malade est venue nous consulter (novembre 1907), les

bouffées de chaleur et les troubles nerveux redevenaient encore gênants ; nous avons conseillé les purgatifs, une potion calmante antispasmodique, et devant leur peu de succès de l'ovarine de Byla. Nous avons obtenu de brillants résultats.

La malade avait jusqu'à 80 bouffées de chaleur par jour, elles furent rapidement diminuées. Puis l'ovarine a semblé épuiser son action et nous avons deux fois de suite à un mois d'intervalle fait une petite saignée, qui a complètement guéri, pour le moment du moins, notre malade.

Ainsi, chez nos deux malades des observations VII et VIII, l'insuffisance ovarienne peut être affirmée et les divers symptômes de ce syndrome accentué sont plus ou moins accusés. Cela est loin de nous étonner, car ici les ovaires, surtout chez la femme de l'observation VII, ont été enlevés en pleine santé. Comme on l'a vu, on avait porté le diagnostic de cancer de l'utérus, et afin d'avoir le plus de chances de guérison possible on a procédé à l'évidement complet du petit bassin.

## Observation IX

Professeur Imbert

Mme M. C... Hystérectomie totale pour grossesse extra-utérine. Château du Corouel, Marseille. 24 ans. Accouchement il y a 4 ans. Depuis, douleurs dans le côté gauche, de façon constante et par crises.

Il y a trois mois, à la suite d'un retard d'un mois, les douleurs

furent très vives et une colpotomie ne donna aucun soulagement. Fièvre tous les soirs. Amaigrissement. Ovaire gauche gros comme les deux poings et très douloureux.

23 septembre 1905. — Laparotomie. Salpingite gauche et probablement grossesse extra-utérine. Hystérectomie. Guérison.

Le 30 avril 1908, cette malade accuse nettement un peu moins de force qu'avant son opération. Après son opération, elle a eu beaucoup de bouffées de chaleur, qui diminuent maintenant ; elle en a cependant tous les jours. Comme autrefois, elle a souvent des migraines. Nous trouvons aussi une grande lassitude et des accès d'oppression après une longue marche. Le caractère est un peu irritable ; mais notre malade reconnaît qu'elle a toujours eu le caractère pénible. Pas d'idées noires, pas de crises de nerfs.

Au total, légère insuffisance, malgré l'ablation d'un ovaire en pleine activité, puisqu'il y avait grossesse.

## Observation X

Professeur Imbert

P. F..., 45 ans, entrée en avril 1907, salle Cazault. Fibrome de l'utérus.

*Antécédents.* — Grossesse il y a 27 ans, accouchement à terme. Enfant mort à 50 jours. Toujours réglée régulièrement et avec abondance (règles duraient huit jours), pas de maladie antérieure.

Début de la maladie actuelle, il y a 8 ans, par pertes rouges abondantes ayant duré un mois. De nouvelles pertes sont survenues, il y a 4 ans, et ont duré de nouveau un mois. Troisième perte en janvier 1907. Depuis les pertes continuent d'abord modérées et de plus en plus abondantes. Malade extrêmement anémiée et très amaigrie.

*Examen.* — Tumeur médiane un peu plus développée à droite

qu'à gauche, dure, mobile, remontant jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Par le toucher vaginal, on sent une tumeur au cul-de-sac antérieur, solidaire des mouvements de l'utérus. Œdème des membres inférieurs, varices.

*Opération.* — Laparotomie le 3 mai. Fibrome développé sur la paroi postérieure de l'utérus sans adhérences. Section des ligaments larges de chaque côté. Il s'écoule une petite quantité de sang à peine rosé. Ligature des deux utérines. Section du vagin à son union avec le col.

Hystérectomie totale. Les annexes sont saines. Fermeture partielle du vagin, qui est chaîné. Drainage abdominal. Suture en deux plans. La malade se lève le 24 mai.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne.* — A part des bouffées de chaleur, qui ont à peu près disparu, rien de notable. Résultat : *Insuffisance ovarienne nulle.*

## Observation XI

Professeur Imbert

M. Q., 58 ans. — Castration pour fibromes.

*Antécédents.* — Nombreux fibromes depuis plus de 20 ans, qui étaient traités par l'électrolyse avec une certaine amélioration.

Jamais pertes rouges, jamais d'accouchements, plusieurs fausses couches.

Depuis 4 ans l'électrolyse ne donne aucun résultat, les fibromes augmentent de volume, le ventre est très volumineux avec hernie ombilicale, liquide abondant.

*Examen.* — On sent trois tumeurs solides, mobiles, dont la supé-

rieure occupe la région épigastrique; vagin étroit; urine claire, ni sucre, ni albumine : cœur et respiration normaux.

*Opération.* — Le 28 octobre 1907. Laparotomie. Extirpation de plusieurs kystes des deux ovaires et d'un gros fibrome double. Hystérectomie subtotale. Déchirure de la vessie qui est suturée. Guérison.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne* (avril 1908). — Nous notons d'abord une augmentation de poids sensible. La malade nous dit qu'elle est plus grosse qu'elle ne l'a jamais été. Les bouffées de chaleur existent indifféremment le jour la nuit, deux en moyenne; elles ne correspondent pas avec les anciennes règles. Elles peuvent manquer pendant plusieurs jours consécutifs.

Avant l'opération la malade avait des migraines nombreuses, dormait mal et avait des cauchemars. Tout cela a disparu.

La mémoire a faibli aussitôt après l'opération, maintenant est comme auparavant; ni oppressions, ni palpitations, seule un peu de lassitude. L'appétit est bon, jamais de vomissements. Aucune modification dans le caractère. Ni idées noires, ni crises de nerfs.

En résumé : quelques bouffées de chaleur, un peu de lassitude ; la malade est contente de son sort.

## Observation XII

Professeur Imbert

Mme B..., aux Martigues. Château du Coronet. 45 ans.

La maladie actuelle a débuté deux ans avant par des règles abondantes. Malade très nerveuse, présentant un amaigrissement très prononcé dans les derniers temps.

Six mois avant, poussée de péritonite avec douleur à gauche, vomissements et fièvre très élevée. Depuis, fièvre le soir et douleurs continuelles dans le ventre.

Deux accouchements, *le dernier il y a 20 ans*. Annexites doubles et pelvipéritonite. Hystérectomie subtotale. Guérison, 20 décembre 1905.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne* (mai 1908). — A notre première question : Avez-vous remarqué une différence notable entre votre état actuel et votre état avant l'opération ? la malade nous répond : Ma vue s'affaiblit de plus en plus.

Devant une déclaration aussi grave nous n'avons pas craint de demander son avis au médecin spécialiste traitant, M. le docteur Chavernac, oculiste à Marseille, qui a bien voulu nous donner à ce sujet la note suivante. Nous l'en remercions sincèrement :

« J'ai vu Mme B... le 30 mai 1906. Depuis 8 à 9 jours elle avait la vue trouble à l'œil gauche. A cet œil j'ai constaté une exsudation rétinienne péripapillaire et maculaire qui détermina peu de temps après un soulèvement rétinien prémaculaire. Ce soulèvement persistait encore au mois d'octobre 1906. Je n'ai plus revu la malade. Cette dame était d'autre part atteinte de myopie forte et portait un verre de 12 dioptries permettant une vision égale à 0,2.

» On peut, semble-t-il, attribuer l'exsudation rétinienne à des phénomènes congestifs survenus dans l'œil (l'œil étant en l'espèce le point faible de l'organisme à cause de la myopie forte et des lésions qu'elle comporte) à la suite de l'opération (hystérectomie totale ???) pratiquée par le professeur Imbert. »

Les bouffées de chaleur se produisent de temps en

temps et irrégulièrement. Par périodes le sommeil est mauvais. Aucun changement du côté de la mémoire. Il faut retenir une *faiblesse extrême, surtout axu jambes*, et très fréquemment des accès d'oppression, des palpitations.

Pour les *troubles psychiques* notre malade nous répond *textuellement :* Mon caractère est très irritable, un rien m'irrite et m'énerve ; j'ai des idées noires ; mais pas de suicide. » Absence de crises de nerfs. Enfin appétit irrégulier ; assez souvent vomissements.

C'est vraiment le seul cas où nous trouvions des suites opératoires graves. A quoi l'attribuer ? A l'ablation des ovaires, diront les partisans absolus de la sécrétion interne de l'ovaire. Pourtant cette sécrétion ovarienne devait être bien faible, pour ne pas dire nulle, puisqu'il y avait depuis longtemps de l'annexite et de la pelvipéritonite.

Toutes les opérations graves réservent des surprises aussi désagréables. Ces surprises sont favorisées par l'état nerveux antérieur et la faiblesse extrême des malades que le choc opératoire éprouve plus que de coutume et impressionne souvent d'une façon définitive.

## Observation XIII

Professeur Imbert

Mme A..., 25 ans. Extirpation unilatérale.

*Antécédents.* — Accouchement quinze mois avant ; depuis, règles abondantes. Pertes rouges depuis quatre mois. Enfin, datant de quelques jours, douleur dans le côté droit très vive, avec fièvre élevée.

30 octobre 1907. — Utérus gros et douloureux. Trompe droite peu grosse. Extirpation unilatérale d'un abcès aigu de la trompe droite. Guérison.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne.* — Depuis l'opération, la santé est meilleure qu'elle ne l'a jamais été. Pas de bouffées de chaleur, pas de migraine. Sommeil excellent. Bon appétit, surtout au déjeuner de midi ; enfin, plus de forces qu'autrefois. La mémoire a largement faibli depuis longtemps, mais cela ne cause aucune gène. Le caractère a changé en bien. « Je ne suis plus irritable. » Aucune idée noire. Avant l'opération : « Je perdais connaissance, maintenant plus rien. »

Résumé : Insuffisance ovarienne nulle. Théoriquement, cela pouvait se prévoir. On n'a extirpé que ce qui n'avait plus aucune valeur. L'ovaire gauche a été laissé en effet intact.

## Observation XIV

(Professeur Imbert)

Mme A..., 24 ans.

Jamais de grossesse, douleurs intermittentes dans le côté droit depuis deux ans et demi. Amaigrissement assez prononcé.

*Examen.* — Deux masses volumineuses occupent les culs-de-sac latéraux.

*Antécédents.* — Jamais enfants ni fausse couche. Règles régulières et peu abondantes.

*Opération.* — Hystérectomie, kystes inclus dans les ligaments larges (juillet 1907).

*Recherche de l'insuffisance ovarienne.* — Avant l'opération, la malade avait des migraines fréquentes ; actuellement, elles ont disparu complètement. Quatre ou cinq bouffées de chaleur le jour, rarement la nuit. Sommeil bon en général, parfois cauchemars, moins lasse qu'avant l'opération.

A noter quelques accès d'oppression la nuit. Appétit excellent, jamais de vomissements. Le caractère, bien que plutôt gai, est facilement irritable. Les rares crises de nerfs existant avant l'opération semblent avoir disparu à l'heure actuelle.

## Observation XV

(Professeur Imbert)

Mme S..., âgée de 43 ans.

*Antécédents.* — Toujours bien portante ; cœur, poumons, tube digestif parfaits. Une fausse couche et deux enfants, le dernier il y a douze ans.

Malade depuis deux mois ; le début de la maladie a été caractérisé par des douleurs pelviennes sourdes, puis sont survenues des pertes rouges peu abondantes, mais constantes. Amaigrissement, ulcération du col ; l'examen microscopique indique cancer.

Opération le 24 avril 1907. — Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne* (mai 1908). — Cette malade depuis son opération est fort bien portante, elle a gagné 5 kilogr. Les bouffées de chaleur existent, deux ou trois par jour, mais de moins en moins depuis

cet hiver ; elles correspondent bien avec les anciennes règles ; pas de migraines ni de cauchemars, mémoire intacte, appétit bon. Les forces sont revenues complètement. Le caractère se serait plutôt modifié en bien ; aucune idée sombre, pas de crises de nerfs.

## Observation XVI

(Professeur Imbert)

Mme R..., 44 ans. Salle Cazault.

*Antécédents.* — A eu 3 enfants, le dernier il y a quinze ans.

Il y a quatre ans, douleurs subites dans l'abdomen n'ayant duré que quelques heures sans autres suites. Un an après apparition de douleurs dans le côté droit. A ce moment la malade a remarqué une tumeur abdominale, enfin depuis un an les douleurs ont disparu et la tumeur a augmenté. Règles irrégulières, utérus de 8 centimètres ; grosse tumeur dépassant fortement l'ombilic. Kyste de l'ovaire, multiloculaire bilatéral ; extirpation complète, hystérectomie subtotale. — Guérison.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne* (mai 1908). — La malade déclare qu'elle est complètement bien depuis son opération. Les bouffées de chaleur sont insignifiantes. Presque plus de migraine depuis l'opération. « Je dors comme à 20 ans, dit-elle, et j'ai bonne mémoire. » Les forces ont augmenté. La malade n'a jamais d'oppression ni de palpitation de cœur. L'appétit est excellent, le caractère est sensiblement amélioré. Pas d'idées noires. Pas de crises de nerfs.

## Observation XVII

Professeur Imbert

T. M..., 21 ans, entrée le 12 avril, sortie le 24 mai.

*Antécédents.* — Un accouchement il y a treize mois sans particularités. Enfant mort à quatre mois. Règles revenues huit mois après l'accouchement. A ce moment, apparition d'une douleur dans la fosse iliaque droite. Les pertes sont devenues irrégulières et abondantes depuis quatre mois environ. Douleur à droite et dans les reins que la fatigue exagère. Pertes blanches.

*Examen.* — Col petit, utérus petit et mobile. Annexes gauches de volume normal mais douloureuses. A droite, annexes grosses comme une noix et douloureuses.

*Opération.* — Laparotomie le 24 avril. Les trompes sont saines des deux côtés. L'ovaire gauche présente un kyste scléreux gros comme une amande, qui est ouvert, curetté et les parois suturées au catgut. A droite, l'ovaire douloureux est simplement scléro-kystique, non augmenté de volume. Il est réséqué avec la trompe correspondante. Ligature au catgut. Péritonisation. Guérison. Sortie le 24 mai.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne.* — Malade revue en mai 1907. Etat général parfait. Les bouffées de chaleur qui ont existé après l'opération ont totalement disparu. Les forces sont revenues, sommeil bon. Appétit parfait. Caractère nullement irritable. En résumé, insuffisance ovarienne nulle.

## Observation XVIII

Professeur Imbert

Mme A..., salle Cazault, 4 février 1908. *Extirpation unilatérale* d'un ovaire kystique.

*Antécédents.* — Pas de grossesse ni de fausse couche. Depuis un an environ, les règles sont irrégulières, douloureuses. Ces douleurs devenant chaque jour plus fortes, la malade demande une intervention radicale.

*Opération.* — Laparotomie. Extirpation de l'ovaire et des annexes du côté droit. L'ovaire était le siège d'un kyste gros comme une orange. Guérison.

Revue trois mois après son opération, elle nous a déclaré n'éprouver aucun malaise fâcheux.

Conclusion : Insuffisance ovarienne nulle, ce qui, d'ailleurs, ne doit pas nous étonner, puisque la malade possède encore un ovaire complètement sain.

## Observation XIX

Personnelle

Cette observation a été prise sur une femme que le hasard de la fréquentation des hôpitaux nous a fait rencontrer dans une salle de médecine de l'Hôtel-Dieu, pour

une affection thoracique. C'est d'ailleurs une malade intelligente qui comprend la portée de notre interrogatoire et qui y répond de son mieux.

M. X., âgée de 42 ans, a été réglée tard, à 19 ou 20 ans. De constitution plutôt délicate et fortement anémiée ; les pertes menstruelles étaient peu abondantes et de sang peu coloré. Premiers rapports à 21 ans. Deux avortements à la suite desquels apparition de pertes blanches abondantes, puis jaunes et rouges. Le traitement médical a été suivi pendant deux ans.

A 24 ans, l'opération a été faite dans les hôpitaux de Buenos-Ayres. Hystérectomie pour annexites suppurées des deux côtés et pelvipéritonite. La guérison s'est faite assez vite.

La malade a eu quelque temps après son opération quelques bouffées de chaleur, qui ont disparu depuis longtemps, et c'est tout.

Cette observation est fort capitale, bien qu'elle soit incomplète. Chez cette femme, l'opération a supprimé quelque chose qui dès le début a été insuffisant et fonctionnellement n'existait plus depuis longtemps ; aussi les troubles post-opératoires ont été nuls, la nature ayant paré par une autre suppléance.

## Observation XX

Mme V., salle Cazault, décembre 1903. Fibrome de l'utérus.

*Antécédents.* — Etat général bon, malgré de fréquentes crises nerveuses. Depuis deux ans le ventre augmente de volume, les règles sont irrégulières, le tout accompagné d'un amaigrissement assez profond.

*Opération.* — Laparotomie le 28 décembre 1903, extirpation d'un gros fibrome : 3 kilog. 200 gr. Hystérectomie totale.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne.* — Malade suivie et revue à plusieurs époques. Aussitôt après son opération les crises de nerfs ont semblé devenir plus fréquentes ; forces très diminuées, palpitations, sueurs abondantes. Depuis, sous l'action du temps et sans suivre aucun traitement particulier, tout s'est amendé. L'état général est excellent, les crises nerveuses sont de plus en plus rares. En somme, légère insuffisance.

## Observation XXI

Professeur Imbert

Mme X..., kyste de l'ovaire gauche. Annexite suppurée à droite et pelvipéritonite.

Hystérectomie subtotale en décembre 1906. Guérison complète.

*Recherches de l'insuffisance ovarienne* (mai 1908). — Aucun changement notable entre l'état actuel et l'état avant l'opération. Au début elle a eu des bouffées de chaleur qui ont complètement disparu. Pas de migraines, mémoire conservée, appétit et sommeil bons, pas d'oppression, pas de palpitations, pas d'idées noires, pas de crises de nerfs. Insuffisance ovarienne nulle.

## Observation XXII

Personnelle

Mlle X..., 18 ans. Réglée à 15 ans. Hérédité chargée, plutôt chétive.

Presque aussitôt après les premiers rapports sexuels, métrite accompagnée de douleurs du bas-ventre, en ceinture, pertes jaunâtres assez abondantes.

Le 25 janvier 1907, laparotomie pour annexite droite, extirpation de l'ovaire et des annexes à droite. Sort guérie en février 1907.

Le 17 mai suivant, on a procédé à une nouvelle laparotomie, la malade ayant continué à souffrir. Hystérectomie complète. Guérison.

*Recherche de l'insuffisance ovarienne.* — L'insuffisance ovarienne est nulle, ni bouffées de chaleur, ni crises de nerfs, ni palpitations. Activité génitale accrue. Il faut reconnaître pourtant que l'état général de la malade n'est pas très brillant. Coup sur coup elle a eu en juin 1907 une variole assez grave ; à peine remise de sa maladie, elle a eu une affection éberthienne qui a duré un mois. Cette observation est surtout intéressante, puisqu'elle nous montre qu'en vue d'assurer à cette femme le bénéfice de la sécrétion interne ovarienne on s'était contenté, dans une première opération, d'enlever seulement un ovaire; l'autre ovaire, qui semblait normal au moment de l'opération, a exigé trois mois après une nouvelle intervention.

En résumé, sur vingt-deux observations nous trouvons :

| | |
|---|---|
| Insuffisance ovarienne nulle. | Observations I, III, IV, X, XIII, XVI, XVII, XVIII et XXI, ce qui donne une moyenne de 40,9 %. |
| Insuffisance ovarienne légère. | Observations II, V, VI, IX, XI, XIV, XV, XIX, XX et XXII, ce qui donne une moyenne de 45,50 %. |
| Insuffisance ovarienne moyenne | Observations VII et VIII, donnant 4,50 %. |
| Insuffisance ovarienne grave. | Observation XII, donnant 2,25 %. |
| Opothérapie ovarienne. | Essayée dans l'observation VIII, avec résultats satisfaisants. |
| Opération conservatrice. | Observations XXII, qui a necessité une deuxième intervention. |

# TROISIÈME PARTIE

# RÉSULTATS D'ENSEMBLE

## VALEUR DE L'INSUFFISANCE OVARIENNE D'ORIGINE OPÉRATOIRE, OPOTHÉRAPIE ET OPÉRATIONS CONSERVATRICES

Nous commençons par une déclaration nécessaire, croyons-nous.

Dans notre pensée, l'existence de la sécrétion interne de l'ovaire n'a jamais été en discussion.

Sans être indispensable au même titre que la sécrétion thyroïdienne, elle n'en existe pas moins.

Sa conception satisfait l'esprit, et à l'heure actuelle on peut la considérer comme assez bien démontrée. C'est donc à dessein que nous l'avons laissée de côté dans notre enquête.

Les trois propositions suivantes nous semblent résumer l'observation de nos correspondants et nos propres observations :

1° Dans la majorité des cas, il y a bénignité presque absolue à enlever des ovaires complètement dégénérés. Aucun trouble fâcheux après l'opération. Seuls des malaises passagers et peu inquiétants sont observés chez les femmes abondamment menstruées ou près de la ménopause ;

2° Moins souvent la bénignité n'est plus que relative. Les troubles dans ces cas sont plus sérieux et plus tenaces. L'ovaire a été enlevé pour autre chose qu'une de ses lésions propres, cancer de l'utérus par exemple, ou bien au moment de l'opération l'ovaire était encore sain dans une grande partie. Néanmoins ces troubles sont légers et disparaissent facilement :

3° Plus rarement, apparition de troubles d'une gravité exceptionnelle (Observation XII).

Nous verrons jusqu'à quel point l'ablation des ovaires peut être incriminée, et s'il ne serait pas logique de retenir l'état nerveux antérieur et la gravité du traumatisme opératoire.

Nous allons reprendre rapidement ces trois points avec quelques détails.

*Cas où l'insuffisance est nulle.* — La majorité des réponses est précise sur ce point, nos propres observations ne laissent non plus aucun doute. Généralement on peut enlever des ovaires malades sans qu'il résulte de ce fait des troubles sérieux. Nous disons malades à dessein, car dans toutes les réponses reçues, un égal souci de justifier l'acte opératoire s'affirme. Partout on vise des opérations indispensables, des lésions devant lesquelles on ne peut plus reculer, et qui menacent sérieusement la vie des malades. Dans ce cas le chirurgien a la main forcée par les lésions des organes atteints.

Ce qu'il faut redouter alors, ce ne sont plus des suites plus ou moins éloignées, plus ou moins problématiques, mais l'opération elle-même toujours grave, une mutilation irrémédiable. Aussi voyons-nous des femmes qui, pendant de longues années, ont été infirmes, véritables martyres de la chaise longue, et qui reviennent à la vie après une opération libératrice, n'attacher aucune importance à la bouffée de chaleur qu'elles peuvent avoir, ni même à des troubles plus sérieux.

Ces femmes sont même étonnées de nos questions, de l'insistance que nous mettons à préciser certains symptômes pour elles insignifiants. Leur indifférence à cet égard et le contraste frappant qui existe entre cette sorte de dédain et l'importance que les auteurs attachent à ces troubles post-opératoires est certainement une des choses qui nous ont frappé le plus au cours de notre enquête.

On observe donc surtout des phénomènes vaso-moteurs : bouffées de chaleur, sueurs, troubles qui disparaissent graduellement et que nous n'avons jamais trouvés gênants (sauf observation VIII).

Il convient pourtant de remarquer que les femmes âgées, au voisinage de la ménopause, sont plus gênées que les femmes très jeunes (Observation XXII). Il en est de même des femmes qui perdent beaucoup (1). « Il est nécessaire d'admettre que les femmes âgées présentent une habitude ovarienne invétérée dont la suppression ne va pas sans troubles. »

En réalité, le désaccord est plutôt théorique et tout de façade. Tédenat, Giordano, Vidal, etc., nous écrivent

---

(1) Bailly. — *Annales de gynécologie*, 1902, p. 450.

que le syndrome de l'insuffisance ovarienne a fleuri sur le terrain des opérations inutiles, chez les femmes qui étaient plutôt des névropathes que de véritables malades.

Lucas-Championnière lui-même, qui pourtant est un défenseur ardent de l'insuffisance ovarienne, écrit : « Ces troubles sont toujours plus violents chez les sujets qui avaient des ovaires bien normaux au moment de l'opération. Ils sont plus violents chez les femmes accoutumées à subir des pertes, hémorragies périodiques considérables. »

L'accord est ainsi presque complet. Mais puisqu'il est entendu que de plus en plus les chirurgiens ne se résignent à ces opérations que lorsqu'elles sont devenues une nécessité pénible, à ce moment, la suppression ne s'opère plus brusquement ; petit à petit la fonction a disparu de l'organe, les suppléances possibles ont pu s'établir, et le couteau du chirurgien est la terminaison logique de cette longue dégénérescence.

Nous admettons en théorie et en pratique avec quelques réserves ce dernier point, que l'ablation *brusque* des ovaires entraîne certains inconvénients : mais nous insistons particulièrement sur ce mot de *brusque*. Pour nous, toute la question est là.

Dans le plus grand nombre de cas, lorsque l'opération est décidée, la fonction interne a disparu depuis longtemps. S'il n'en était pas ainsi ce serait une faute grave, et, comme le dit si originalement Giordano, « ce serait dans ce cas la faute du châtreur et non de la castration. »

L'ablation n'est donc plus brusque, chaque jour l'organisme s'est habitué à ce manque de sécrétion interne de l'ovaire, « la nature s'est autant que possible garée de l'indispensabilité. »

Nous pouvons conclure sur ce point en disant avec

Vidal : on retrouve encore là la loi très générale de l'innocuité de la suppression progressive de presque tous les organes, opposée aux dangers de la suppression brusque. Il y a en un mot une distinction capitale à établir entre l'organe sain et l'organe malade.

*Légère insuffisance.* — Dans nos observations les malades ont accusé des bouffées de chaleur, un peu d'oppression, un léger état nerveux.

Nous serions assez disposé à admettre que ces troubles sont dus à l'absence de sécrétion interne, car dans ces cas l'ovaire était encore sain. Dans l'observation VII notamment on a procédé à l'évidement du petit bassin, le diagnostic porté étant celui de cancer, et malgré cette ablation d'ovaires normaux nous avons trouvé des symptômes tolérables et qui tendent à disparaître progressivement. Ce n'est que pour la femme de l'observation VIII que nous avons dû avoir recours à l'émission de sang. Cette malade à l'heure actuelle est parfaitement bien et tout nous fait croire qu'elle est guérie.

*Insuffisance grave.* — On a cité des cas où l'ablation des ovaires a été l'origine de manie aiguë.

Nous-même nous rapportons un cas où notre malade constate l'affaiblissement graduel de sa vue. Nous avons affaire dans ce cas particulier à une femme essentiellement nerveuse et impressionnable, qui le jour de l'opération était dans un état d'anémie profonde. Il faut certainement faire rentrer en ligne de compte l'état nerveux antérieur et le traumatisme opératoire.

Rien ne prouve que cette malade n'aurait pas présenté des troubles fâcheux du côté de sa vue si elle n'avait pas subi d'opération.

Le même raisonnement peut s'appliquer à tous les cas d'hystérie invétérée, de folie même que l'on a tendance à mettre sur le compte de la seule ablation des ovaires. Il faut être d'une extrême prudence en pareil cas, tant il est difficile d'avoir une opinion exacte.

*Opérations conservatrices.* — Nous n'en dirons qu'un mot. On a vu que, dans notre observation XXII, en vue de la sécrétion interne on avait laissé un ovaire qui semblait sain. Six mois après cette jeune fille souffrait encore, et l'on devait procéder à une seconde laparotomie pour extirper l'ovaire laissé en place, qui était devenu scléro-kystique et douloureux. Ici plus que partout ailleurs il est difficile d'avoir des règles fixes. Toutefois c'est une question très dificile à juger, nous dit M. le professeur Lucas-Championnière.

Il semble que la dégénérescence poursuive une marche envahissante difficile à faire régresser. Il faut donc éviter aux femmes une nouvelle opération, ou une grossesse dans de mauvaises conditions. Jusqu'à un certain point on peut se demander si l'on a le droit de faire ces opérations, sur des vues surtout théoriques, sans le consentement préalable des malades.

*Opothérapie.* — Le professeur Lucas-Championnière accorde une certaine confiance à l'opothérapie. Il en est de même du professeur Reverdin, Villard, etc ; la majorité des chirurgiens semblent néanmoins rebelles à cette médication. Nous croyons que la raison réside surtout dans la difficulté d'avoir un produit défini et de conservation parfaite.

Dans le seul cas où nous avons eu l'occasion de nous servir de l'ovarine, les résultats ont été satisfaisants.

Nous accorderons pourtant nos préférences au suc ovarien obtenu par simple macération des ovaires hachées dans un liquide glycériné.

Il reste entendu que les ovaires doivent provenir d'un animal sain et en pleine activité génitale (brebis de préférence). Au sujet du mode d'emploi, on oublie trop souvent que le suc gastrique peut altérer le suc ovarien. Une bonne précaution, d'après nous, consiste à alcaliniser au préalable le tube digestif avec 5 à 10 gr. de bicarbonate de soude.

Ces idées différentes, ce flux et ce reflux, sont l'indice même de la marche en avant. Le progrès, en médecine comme ailleurs, procède par bonds, par reculs aussi. Et il ne faut pas s'en plaindre, car il indique un état perpétuel de travail et une continuelle recherche de la vérité.

---

# CONCLUSIONS

I. — Théoriquement la sécrétion interne des ovaires est admise.

II. — En pratique, il ne faut pas lui attribuer une trop grande valeur et être obsédé par les déboires réels de la thyroïdectomie ; la glande thyroïde possède, en effet, dans l'harmonie de l'individu, un rôle autrement considérable que la glande génitale.

III. — Lorsque l'organe est assez malade pour nécessiter une intervention, dans plus de 90 pour 100 des cas il ne résulte aucun trouble sauf bouffées de chaleur, léger état nerveux, peut-être embonpoint précoce.

IV. — Même lorsque les ovaires sont enlevés pour des lésions de voisinage, les troubles consécutifs ne sont pas considérables et ne balancent pas, d'après nous, les risques d'une nouvelle opération.

V. — Retenir que très rarement, après l'ablation des ovaires comme après tout traumatisme important, il peut se produire des troubles d'une gravité exceptionnelle.

qu'il est assez difficile de prévoir et d'attribuer à la seule ablation des ovaires. Il faut néanmoins se les rappeler et les envisager dans une certaine mesure chez les femmes à hérédité nerveuse chargée ou d'une extrême faiblesse au moment de l'opération.

VI. — Nous sommes absolument convaincu de la nécessité qu'il y a de conserver chez les femmes les fonctions génitales intactes ; nous pensons pourtant qu'il est excessif de leur faire courir les risques d'une nouvelle opération, de très mauvaises grossesses, voire même de grossesse extra-utérine. Il nous semble plus prudent de les délivrer d'un coup, sans laisser la moindre parcelle de tissu dégénéré, qui, véritable épine irritative, amorcera de nouvelles dégénérescences à l'occasion d'infections les plus bénignes.

VII. — Avec le professeur Lucas-Championnière, nous accorderons la préférence à la saignée, à la perte de sang sous toutes ses formes ; secondairement on pourra user de préparations tirées des ovaires avec les précautions que nous avons indiquées.

---

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## I

### Sécrétions internes. — Traitement de l'insuffisance et Prophylaxie


Abelous. — Sur les fonctions du thymus (Société de biologie, séance du 11 juillet 1896).

Abelous et Billard. — Recherches sur la fonction du thymus chez la grenouille (Archives de physiologie, 1896).

Alaize. — Le rôle de la fonction interne de l'ovaire et les essais d'opothérapie ovarienne. Pathologie nerveuse et mentale (Thèse Montpellier, 1906).

Autrey (H.-M.). — Great enlargement of the thrade Body during menstruation (Transaction of the Texas medical. Association Austrus, 1899, p. 19).

Basch. — Recherches expérimentales sur l'extirpation du thymus (Société médicale allemande de Prague. Séance des 19 et 26 novembre 1904).

Bernard (Claude). — Rapport sur les progrès et la marche de la physiologie en France (Paris, 1867).

Bestian de Camboulos. — Le suc ovarien. Essais physiologiques et thérapeutiques (Thèse Bordeaux, 1898).

Bichat. — Recherches sur la vie et la mort (Paris, 1805).

Bodon. — Sur trois cas (dont un d'épilepsie) traités avec l'extrait sec de l'ovaire (Merck) (Deut. med. Woch., 1896, p. 727).

Bongrand. — Etat actuel de l'opothérapie (Thèse de Paris, 1897).

Bouin. — Figures cariocinétiques des cellules du corps jaune de l'ovaire du cobaye (Compte rendu section de biologie, 1898).

Brown-Séquard et d'Arsonval. — Archives de physiologie, 1891, p. 491. — Archives physiol., 1890, p. 205; 1891, p. 224. — Comptes rendus de la Société de biologie, 1899, p. 415 et 421.

Brown-Séquard. — Archives de physiologie, 1894.

Brown (Mme Augusta). — Citée par Brown-Séquard (Archives de physiologie, 1890, p. 447).

Curatullo et Tarelli. — La secrezione interna delle ovaie (Studio clinica esperimentale (Boll. della Reale Academia medicale di Roma, 22e anno (fasc. 5 et 6).

Charrin. — Poisons de l'organisme (Paris, 1897).

Calzolari. — Recherches expérimentales sur les rapports probables entre les fonctions du thymus et celles des testicules (Archives italiennes de biologie, 1898).

Combe (de Lausanne). — Contribution à l'étude de la pharmacologie de l'organothérapie (Revue médicale de la Suisse romande, 20 août 1896).

Dalché (P.). — De l'opothérapie ovarienne (Bulletin général de thérapeutique, 1896).

Dastre. — Les sécrétions internes. L'opothérapie (Revue des deux Mondes, 1899, 1er mars, p. 198).

Delagenière. — *In* Monprofit. Chirurgie des ovaires et des trompes (Paris, 1905, p. 165).

Delauney. — Maladie de Basedow à la ménopause. Traitement ovarique.

Doléris (A.). — Thérapeutique intra-utérine dans les affections inflammatoires des annexes (Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol., 1891, nº 7 et 11, p. 219 et 229).

Fedeli (Carolo). — Recherches sur l'action thérapeutique de l'ovarine. Ses rapports avec une nouvelle théorie de la chlorose (Riforma medica, nos 244 et 245).

Federoff (W.). — Soc. méd. russe, *in* Wratch, 1897, p. 793.

Ferré et Bestian. — Le suc ovarique. Effets physiol. (Congrès français de médecine interne, 1896, et Presse médicale, 1898, p. 221.)

Franck. — *In* Monprofit (Loc. cit.).

Frænkel. — La fonction du corps jaune (Arch. für Gynækologie, 1903).

Francillon (Marthe). — Essai sur la puberté (Thèse de Paris, 1906).

Frangia. — Rapporti anormali tra l'utero e le mammelle (Policlinico, 27 agosto 1904).

Gilbert (A.). — Etude sur l'opot. ovar. (Thèse Paris, mai 1899).

Gilbert et Weil. — Opothér. ovar. de la chlorose. Cités par Elianson. (Th. Paris, 1898).

Gilbert et Cornet. — Congrès français de médecine, Montpellier 1898. Etat actuel de l'opothérapie, août 1898.

Giordano (D.). — Sulla asportazione completa per il ventre dei genitali interni invece della salpingetemia bilaterale (Rivista Venet. di Soc. med., t. XXIII, 1895).

— Sulle indicazioni della isterectomia (Riv. venet. di scienz. medic., 13 juin 1898, fasc. 11).

Glass (Jh). — New-York med. Journal, 6 mai 1899.

Gley (E.). — Troubles trophiques chez les lapins après ablation du corps thyroïde (Société de Biologie, 1892, 9 juillet, n° 36).

— Exposé des données expérimentales sur les corrélations fonctionnelles chez les animaux. Année biologique, 1895, chapitre II, p. 313-331. Sur la suppléance supposée de la glande thyroïde par le thymus. Société de biologie, 1894).

Gomez. — De l'opothérapie ovarienne (Thèse de Paris, 1898).

Grégorieff. — Cent. f. Gyn., p. 663-668, mai 1897.

Hartmann. — Quelques réflexions à propos de quarante cas de castrations abdominales totales pour annexites. (An. de gynécol., juillet 1899.

Jacobs. — Opothérapie ovarienne (Bruxelles. La polyclinique, n° 23, 1896).

— Opothérapie ovarienne (Journal d'accouch. de Liège, n° 23, p. 209, 6 juin 1897).

Jayle. — Traitement de la salpyngo-ovarite par l'ablation des deux trompes, avec conservation partielle ou totale d'un ovaire.

JAYLE. — Opothérapie ovarienne. Contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme (Bullet. Acad. de médec., 3 mars 1896, p. 196, et Presse médicale, n° 38, p. 231, 3 mai 1896).

— Opothérapie ovar. dans la ménopause artificielle post-opératoire et la ménopause naturelle (Revue de gynécol. S. Pozzi, avril 1898, p. 239).

— Opothérapie ovarienne contre les troubles attribués à une hypofonction de la glande ovarienne (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale de S. Pozzi, 1898, p. 649).

JAYLE (F.). — Extrait de « Etude sur l'ovaire considéré comme glande à sécrétion interne. » De la thérapeutique de cet organe et de la thérapeutique par cet organe. Mémoire présenté à l'Académie de Médecine le 27 fév. 1901 et couronné (prix Bouisson), 17 déc. 1901 (Revue de gynécol. et de chirurgie abd., n° 6, nov.-déc. 1901).

JOUIN. — Médication par le tissu ovarien (Bulletin médical de la Société obstét. et gynéc. de Paris, n° 11, 1891).

KNAUER. — Cent. für Gyn., 1897, n° 26, p. 842.

LABUSQUIÈRE. — Greffes ovariques (Annales de gynéc. et d'obs., p. 226).

LAMBERT. — Sur l'action des extraits du corps jaune de l'ovaire. (Communication à la Société de biologie, 12 janv. 1907).

LANDAU (de Berlin). — Traitement de la ménop. naturelle ou anticipée par l'extrait de substances ovariennes.

LANCEREAUX. — Les glandes vasculaires sanguines. Leur rôle pendant la période de croissance (Semaine médicale 1893, p. 25).

LATZKO et SCHMITZLER. — Ein Beitrage zur Orgonotherapie bei Osteomalacie (Deutsch. med. Woch., sept. 1893, n° 37, p. 587).

LEBRETON (J.-A.). — Opothér. ovar. du corps jaune, fév. 1899.

LIVON. — Société de biologie, janv. 1898 (Congrès de médecine de Montpellier, Congrès de physiologie, 1898).

LOISEL. — Les corrélations des caractères sexuels secondaires (Revue de l'Ecole d'anthropol., oct. 1903).

MAINZER. — Traitement de l'aménorrée et des troubles consécutifs à la castration chez la femme (Deutsch. med. Woch., 19 mars 1891).

MEIGE (H.). — Infantilisme chez la femme (Iconographie de la Salpétrière, 1895).

MONEL. — Traitement des troubles consécutifs à l'aménorrée habituelle provoquée par les préparations ovariques (München. med. Woch., 1896, p. 315).

— Organothérapie par l'ovaire, p. 837.

MONTANA. — Conservation de l'ovaire et de la trompe. Ses résultats éloignés (Thèse Paris, 1897).

MORRIS (R.-T.). — The ovarian Grafts (New-Y. med. R., t. XII, 436-437, 1895).

MOSSÉ. — Etat actuel de l'opothérapie ovarienne. Th. Toulouse, 1899 (Revue de gynéc. et de chirurg. abdom. de S. Pozzi, 1899, p. 1071.

MURET (M.). — De l'organothérapie par l'ovaire (Rev. méd. de la Suisse Romande. Genève, juillet 1896, XVI, 317-319).

MUSELIER. — Méthode générale de préparation des médicaments opothérapiques (Société thérapeutique, 1907, et Gazette hebdomadaire, 14 nov. 1897).

MOREAU (R.). — De l'opothérapie ovar. dans la maladie de Basedow chez la femme. Thèse Paris, 1895.

PARHON et GOLDSTEIN. — Sur l'existence d'une antagonisme entre le fonctionnement de l'ovaire et celui du corps thyroïde (Société de Biologie, 6 mars 1903, p. 281).

PICQUÉ. — A propos de l'opothér. ovar. (Progrès méd., nº 10, 1907).

PRENANT. — La valeur morphologique du corps jaune. Son action physiologique et thérapeutique possible (Revue générale des sciences, 30 août 1898, p. 646-648).

POLCK (W.). — Operations upon the uterine appendages with aview to preserving the fonctions of ovulation and menstruation (The New-York Journal of gynecology and obstetric, 1893).

REBUSCHINI. — L'organotherap. ovar. Clinic. medic. italian. p. 488, août 1898.

RICHON et JEANDELIZE. — Influence de la castration et de l'ovariotomie sur le développement des organes génitaux externes chez les lapins (Comptes rendus de la Soc. de Biol., t. LV, 1903, p. 1684-1687.

Richon et Jeandelize. — Effets de la castration et de la thyroïdectomie (Bull. Soc. de Biologie, n° 32, 1903).

— Action de la thyroïdectomie et de cette opération combinée avec la castration sur les os longs des membres. Comparaison avec les effets de la castration (Comptes rendus de la Soc. de Biol., t. LXVIII, 1905, n° 23, p. 1084-1085).

— Remarques sur le tissu osseux d'animaux thyroïdectomisés dans le jeune âge. Comparaison avec les effets de la castration (Comptes rendus de la Soc. de Biol., t. LXVII, 1905, n° 23, p. 1087-1088).

Robin et Dalché. — Traitement médical des maladies de femmes (Chapitre de l'opothérapie ovar., 1907).

Sabotta. — Ueber die Bildung des Corpus luteana, bein Kuninchen ü. s. w. Anat. hefte B. A. VIII, f. 1, 3, 1895.

Samuel. — Opothér. et sécrét. int. (Deutsch. med. Woch., 1883. p. 273).

Scalia. — Modo de la tiroide dopo l'estirpazione delle ovaie (An. ital. ginecol., 1901, p. 496-501).

Spillman et Etienne. — Essai de traitement de la chlorose par l'ovarine et le suc ovarique (IIIe Congrès de médecine de Nancy, 1896).

Tillé (Ch.). — Des traitements opothérapiques de la maladie de Basedow. Th. Paris, 1901.

Thiercelin. — Contribution à l'étude de l'opothér. ovarienne. Thèse Paris, 1898.

Toulouse. — Thérapeutique ovarienne chez les épileptiques (Soc. de Biol., 18 février 1905).

Thouvenaint. — Société d'obst. et de gynéc. de Paris, 1896 (Presse médic., 18 nov. 1896, n° 84).

Venturi (Silvio). — Rapporti fra cervelli, testiculi ed ovaie nelle pazzie involative (Arch. psich., 101, 229, 234).

Vidal (Ed.). — Opothérap. ovar. (Progrès médical. 1901, n° 36).

Villeneuve. — Marseille médical, 30 août 1883.

# II

## Insuffisance et Troubles généraux

AIROLLES (L.). — La salpingo-ovarosyndèse ou résection de la trompe de Fallope. Paris, 1899.

BAILLY. — Traitement des ovariotomisées. Considérations physiologiques sur la castration chez la femme (Thèse, Paris, n° 104, 1871).

CHAVIN. — Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. Résultats éloignés. Thèse de Paris, 1895.

CHROBACK (R.). — Ueber Einverleibung von Eirstocksgewebe (Centralblatt f. Gyn., 1896, mai, n° 20, p. 521).

CURATULLO et TARULLI. — Influence de l'ablation des ovaires sur le métabolisme organique. (Arch. ital. de biologie. Bollet. dell'Acad. med. di Roma, 1896, fasc. 5).

DEMANGE et ETIENNE. — Auto-intoxication d'origine ovarienne. (Semaine médic. 1898, 77me année). Chlorose aiguë liée à l'existence probable d'une ovarite aiguë (Presse médic., 1898.--Revue de gynécol. et de chir. abdom. 1899, p. 925).

DALCHÉ (Paul). — Les accidents osseux et articulations d'origine génitale chez la femme (Rev. générale de médecine, 1904).

DEBOVE. — Hystérie développée chez une femme ovariotomisée. (Société médicale des hôpitaux, 18 nov. 1892).

DUPOUY (Roger). — Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication (Thèse Paris, 1904).

ECKHARDT. — Atrophie de l'utérus après l'ovariotomie (Centralblatt f. Gynækol., 25 juillet 1896).

FRAENKEL. — Arch. für Gynæk., 1903.

GAILLARD (Th.). — De la manie aiguë et de la mélancolie consécutives aux opérations gynécol. (Medic. News, 1889).

GALLOIS et BEAUVOIS. — Etat mental des ovariotomisées (Bullet. méd., 31 juillet 1898).

GLOEVECKE. — Arch. für Gyn., 1889, p. 1.

JACOBS. — Résultats éloignés de la castration chez la femme. (Bullet. Acad. de méd., 3 mars 1896, p. 196).

JAYLE. — Effets physiologiques de la castration chez la femme (Rev. de Gynéc. de S. Pozzi, mai et juin 1897, p. 403).

— L'insuffisance ovarienne (Presse méd., 11 mars 1897).

JOUIN. — Communication à la Société obstétricale de 1895 et article à la Revue de psychiatrie, n° 13, 1896.

LAMBERT. — Influence de la castration ovarique sur la nutrition (Société de biologie, 27 février 1903 p. 261).

LAWSON TAIT. — Résultats cliniques de l'ablation des annexes utérins (Congrès de chirurgie, 1891).

LISSAC. — Traitement des troubles consécutifs à la castration chez la femme. Opothér. ovar. Thèse Paris, 1896.

LUSK. — Les résultats tardifs de l'ablation des ovaires (American Journ. of Obst., 1891).

MARCHAND (L.). — Epilepsie convulsive survenue après une ovariotomie (Revue de psychiatrie, 1899).

MARTIN. — Les suites de l'ovariotomie (Volk. Sammlung klin. Vorträge, 1899, n° 255. — Presse médicale, 1899, p. 328).

MARTIN (Alb.). — Résultats éloignés de l'ablation des ovaires (Thèse de Paris, 1893).

— Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie pour les ovarites (Paris, 1893).

MATHIEU. — Un cas de goître exophtalmique consécutif à l'ablation des ovaires (Gazette des hôpitaux, 1890, p. 643).

MAUCLAIR. — Annales de gynéc. et d'obstét., p. 447, 1900.

MATCHINSKY. — De l'atrophie des ovules dans les ovaires des mammifères (Annales de l'Institut Pasteur, n° 3, mars 1903, p. 113).

MAZIN. — De la folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système génital de la femme (Thèse de Lille, 1895).

MORISS. — Medical New-York, 1895.

MOSSÉ (Prosper) et OULIÉ.— Influence de l'ovariotomie double et de la greffe suspéritonéale sur quelques éléments de la sécrétion urinaire chez la chienne (Société de Biologie, juin 1899).

PAUCHET. — Résultats éloignés de l'ablation de l'utérus.

PRIVAT DE FORTUNIÉ. — Etudes sur les délires post-partum (Thèse de Paris, 1904).

RAYMOND. — Hémoptysies périodiques à la suite de l'ablation des ovaires (Gazette des hôpitaux, octobre 1890).

RÉGIS. — Cas de folie consécutive à une ovario-salphingotomie (Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1893).

RICHON et JEANDELIZE. — Influence de la castration et de l'ovariotomie totale sur le développement des organes génitaux externes chez les jeunes lapins. — Réunion biologique, Nancy (Société de biologie, 25 décembre 1903, p. 1684-1685).

SABRAZÈS. — Influence de la castration sur l'état du sang. La chlorose (Gaz. hebd. Soc. méd., Bordeaux, 1903).

SABRA DE SALAFA. — Auto-intoxication de psychose menstruelle. Thèse de Bordeaux, 1905.

SICARD et ROUSSY. — Deux cas d'adipose douloureuse à la suite d'ovariotomie (Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux. Paris, 22 octobre 1903).

TERRIER. — Suites éloignées de l'ovariotomie (Revue de chirurgie).

TISSIER.— De la castration de la femme en chirurgie. Th. Paris, 1885.

TOURNEUX. — Altération de l'ovaire comme cause d'hystéro-épilepsie, 1877.

---

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 20 juin 1908.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ:
Montpellier, le 20 juin 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

# TABLE DES MATIÈRES

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*